Robert A. Neimeyer

PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA

Rasgos distintivos

SERIE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

biblioteca de psicología

DESCLÉE DE BROUWER

robert a. neimeyer

PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA

Rasgos distintivos

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original:
CONSTRUCTIVIST PSYCHOTHERAPY
All Rights Reserved
© 2009, Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group

Traducción: David González Raga y Fernando Mora Zahonero

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2011
Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3636-0

Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edesclee.com

Prólogo a la edición española

La Psicología es deudora clara de la Modernidad. Las principales formas de tratamiento psicológico, surgieron asociadas al espíritu modernista, incluyendo las primeras formulaciones cognitivas. Pero, el campo de las psicoterapias cognitivas vivió, ya desde sus inicios, desafíos y retos que supusieron para ella una clara evolución, así como una clara diferenciación entre sus diversos enfoques. Inicialmente podíamos señalar, en este sentido, dos bloques principales: las psicoterapias cognitivas cercanas a una óptica modernista y las psicoterapias cognitivas cercanas a una perspectiva postmoderna. Aunque algunos de estos límites se han borrado más recientemente, creo que aún sigue teniendo sentido establecer esta diferenciación.

En el libro que tengo el placer de prologar, *Psicoterapia constructivista,* del Profesor R.A. Neimeyer (uno de los principales autores en este campo), se presentan algunos de los elementos principales de esta forma diferente de practicar la psicoterapia cognitiva dentro de una perspectiva postmoderna, radicalmente diferente de la forma cognitiva más clásica. Las referencias a la postmodernidad son constantes en este texto y lo enmarcan, por tanto, entre aquellos sistemas que consideran que aquello que damos en llamar nuestra realidad es una construcción personal, cultural y lingüística. Con orígenes, como señala Neimeyer, en autores como Vico, Kant, Vaihinger, Korzybski, y ante todo, Kelly, esta visión sobre el conocimiento podría considerarse común a los principales modelos constructivistas. Esto es importante, ya que el constructivismo desafía, en numerosas ocasiones, cualquier intento de definición. Pero tal y

como lo presenta Neimeyer hay claras líneas, articuladas y desarrolladas en el texto, que lo caracterizan.

Volviendo a la cuestión de los distintos enfoques en el campo de las psicoterapias cognitivas, cabría señalar que éstas, que surgieron asociadas a propuestas como las de Ellis y Beck, se caracterizan, desde sus inicios, por desarrollar sus fundamentos teóricos y prácticos amparados en una perspectiva de tipo modernista. Por ello, nos vamos a encontrar con un elemento básico distintivo del modelo cognitivo clásico: la defensa de una postura típicamente racionalista. La razón tiene primacía sobre la emoción y la tarea terapéutica consiste en ayudar al paciente a detectar pensamientos automáticos, comprobar su posible distorsión frente a la realidad, y hacer que el paciente desarrolle un pensamiento más válido, ajustado a una realidad externa a éste. Se sigue la estela del ser humano que debe funcionar como un científico que convierte sus ideas negativas en hipótesis a validar. Todo ello se lleva a la práctica con un tipo de relación terapéutica de "maestro-alumno": el alumno, el paciente, acude a sesión para que su "maestro", el terapeuta le guíe, aunque siempre en colaboración, en sus intentos de lograr un conocimiento más válido.

Esta visión fue, ya desde sus inicios, criticada por autores como Mahoney o Guidano, y también por el mismo Neimeyer, que postulaban una visión sobre el ser humano y los problemas que lo aquejaban radicalmente diferente. Enmarcados en una perspectiva postmoderna y construccionista social, la propuesta constructivista en psicoterapia cognitiva, se separa de la típicamente racionalista de muy diversas maneras, en su práctica y en su visión sobre el conocimiento y sobre el ser humano.

Para el constructivismo la emoción no puede ser secundaria a la razón siendo, pues, una importante fuente de conocimiento. Así, no es extraño que haya en este texto numerosas referencias a cómo trabajar la emoción y el afecto. Desde una perspectiva holística, se deben integrar el pensamiento, el sentimiento y la acción. Para el constructivismo no existe una realidad externa, sino que lo que llamamos nuestra realidad –desde una postura típicamente relativista- es una construcción individual y colectiva que da orden a nuestra experiencia. La meta para el terapeuta constructivista no está en ayudar al paciente a desarrollar un conocimiento más válido, ajustado a esta realidad, sino la de conseguir que el paciente desarrolle un conocimiento viable, funcional. El marco que propicia todo ello es un tipo de relación terapéutica que promueve un marco seguro, de

cuidado, para la auto-exploración por parte del paciente de toda su dinámica personal.

Hay, por tanto, referencias continuas a cómo se aborda el trabajo terapéutico desde una perspectiva constructivista-postmoderna frente otra cognitiva y cognitiva-conductual-modernista. Considero que éste es uno de los elementos principales del texto puesto que facilita comprender algunas de las diferencias principales entre los distintos enfoques cognitivos. En este sentido, me gustaría señalar que éste es un elemento clave que alienta esta Serie sobre Psicoterapias Cognitivas: ofrecer al lector una panorámica sobre el rico y variado campo cognitivo.

Estos elementos, junto a muchos otros, aparecen claramente descritos en el texto. Para hacernos llegar a todos los interesados esta propuesta constructivista el libro se divide en dos bloques principales. Los rasgos teóricos distintivos del modelo en una primera y en una segunda, más amplia, los rasgos prácticos. Una de las características principales del texto, así organizado, es la continuidad y la coherencia que se encuentra entre ambas partes.

De todas las aportaciones de este volumen me gustaría destacar las siguientes. Teóricamente, el modelo constructivista se presenta como un modelo epigenético en el que se considera fundamental la interacción entre el organismo y el medio. Se asume que el significado y la acción humanas son el resultado emergente de una serie de sistemas y subsistemas jerárquicamente anidados. En relación al funcionamiento del ser humano, la perspectiva epigenética defiende que el significado y la acción humanas surgen de un sistema de sistemas, compuesto de múltiples estratos, y que incluye los niveles bio-genético, agente-personal, diádico-relacional y cultural-lingüístico. Somos, o funcionamos como un todo, y este todo se implica y articula social y culturalmente, y por tanto, también mediante el lenguaje.

La segunda gran línea teórica del texto se refiere a cómo se puede hacer patente y viable, en terapia, el giro hacia la postmodernidad. Quizás uno de los elementos clave a destacar sea todo lo que tiene que ver con la noción de “verdad”. Terapéuticamente entendemos que es mejor para nuestros pacientes comprender no por qué actúan como lo hacen, sino qué hacen y hacia dónde se dirigen con aquello que hacen. Siguiendo a Kelly buscamos en aquello que nos pasa los temas recurrentes en un intento de predecir qué viene después. Pero jamás lograremos, como recoge Neimeyer, un *“Edén cognitivo”* donde

vivamos rodeados de certezas y nos movamos en un terreno estable y familiar. La vida como incertidumbre que exige de todos nosotros una amplia y constante capacidad de adaptación es un tema clave constructivista. Este desafío a la "verdad", a las "certezas", se instaura, además, por la consideración construccionista. Nuestra única realidad es aquella que realizamos como individuos y como grupos, dentro de un marco que refleja la ideología social dominante.

En tercer lugar, cabría señalar que *todo está en el lenguaje*. Con el lenguaje, desde esta perspectiva postmoderna, no representamos la realidad, sino que la creamos. La influencia del lenguaje es tal que, sin éste, es imposible entender cómo nos definimos, cómo definimos a los demás, cómo definimos nuestros problemas, y cómo vivimos todo ello. La valoración que hace un paciente "depresivo" de sí mismo, por ejemplo, va a estar inextricablemente unida a las connotaciones de la etiqueta depresión. Connotaciones que están socialmente por doquier y que te "dicen" qué hacer, cómo sentir, cuál es la mejor forma de abordar una depresión, etc. El discurso que utilizamos para construir la realidad acoge los múltiples significados heredados socialmente.

Desde un punto de vista práctico cabría resaltar diversas cuestiones que convendría englobar en dos bloques: cuestiones relacionadas con la evaluación, y que se relacionan con la postura ante las categorías diagnósticas con las que se cierra la Primera Parte; y cuestiones referidas a las propias características de la terapia constructivista.

En primer lugar, en el constructivismo se presta una especial atención a la evaluación de la problemática del paciente, desde una perspectiva claramente holística, que además no considera clave diferenciar entre evaluación y tratamiento. Se describen métodos constructivistas de distinto tipo, como el escalamiento, el tiempo de espejo o la autoconfrontación. Pero sobre todo, se describe una de las técnicas principales en el campo: la técnica de rejilla desarrollada por G. Kelly.

En segundo lugar, podemos apreciar en el texto que la práctica postmoderna se mueve por coordenadas radicalmente diferentes a la modernista. La terapia se considera una transacción continua, intensa y momento a momento entre los sistemas del cliente y del terapeuta. Varios son los rasgos a destacar de esta transacción. En primer lugar, la obligada adaptación a cada caso clínico. Esto que puede parecer una obviedad es clave en un modelo que se mueve en perspectivas eclécticas y de integración teórica progresiva. El terapeuta recrea con

cada cliente una práctica dirigida de forma teleonómica y no teleológica, es decir, es más importante el camino que se va haciendo que el destino final. Así, no hay agendas terapéuticas previas en la práctica constructivista, ni tampoco hay un manual. Lo que hay se caracteriza por las "tres pes": el terapeuta debe estar presente, prestar atención especial al proceso y emplear una amplia variedad de procedimientos clínicos.

El modelo constructivista señala la singularidad de cada encuentro terapéutico. La terapia sería el juego dinámico que recoge la dinámica entre un terapeuta concreto con un cliente concreto, en un momento concreto de la comprensión emergente del problema al que se enfrentan. El reto está en lograr este equilibrio entre conocimiento teórico y práctica.

Esta adaptación máxima la podemos relacionar con la sincronización o "timing". El terapeuta constructivista debe evitar dos errores de rastreo: o ir demasiado deprisa o llegar tarde. Utilizando una metáfora gráfica, el terapeuta es un surfista que logra cabalgar la ola y encontrar el punto justo de movimiento y de equilibrio.

En este estilo terapéutico deben destacarse otros dos elementos que suponen una clara separación con otras perspectivas cognitivas. Por ejemplo, la resistencia no se considera como algo que se debe vencer y derrotar. No se considera un problema. En esta visión de la búsqueda del significado de todas las acciones y actividades humanas típica del construccionismo, la resistencia se elabora, se explora, se entiende. La resistencia representa un amigo con el que debemos dialogar, en lugar de interpretarla negativamente como algo a superar. Si la resistencia se explora, el síntoma o la postura ante el síntoma es diferente.

Por lo general, los clientes acuden a psicoterapia con una clara posición *antisíntoma*: "me pasa esto y lo quiero superar". Un terapeuta de otro enfoque pondría en marcha estrategias de "control" de dichos síntomas, revalidando la agenda del cliente. Pero el terapeuta constructivista da la bienvenida a una postura *prosíntoma*: se trabaja experiencialmente con la verdad emocional del síntoma que lo convierte en algo vital. Cuatro serían los elementos principales a tener en cuenta: empatizar con el sufrimiento del cliente; descubrir experiencialmente por qué el síntoma es imprescindible; ser consciente de los temas y propósitos que el síntoma señala; y lograr la transformación de la anterior creación de significado de un modo más congruente con los temas y propósitos que subyacen a los síntomas

manifestados.

Textos como éste son muy bienvenidos por una cuestión fundamental, hacer sencillo y accesible el campo conceptual y práctico de las psicoterapias constructivistas y al mismo tiempo hacer accesible el reto de la propuesta constructivista. Ésta es una de las grandes virtudes del libro. Como comenta el Profesor Neimeyer en la Introducción, su pretensión ha sido hacer un libro sencillo que facilite la práctica a todas aquellas personas que se acercan al constructivismo, sin formación específica en él. La importancia y la gran contribución de este modelo al campo de la psicoterapia no quita para que reconozcamos la dificultad de su práctica, lo difícil que puede ser de delimitar y estructurar. No puedo encontrar mejor autor, para este empeño, que R.A. Neimeyer con su estilo claro y didáctico, consecuencia de su dominio teórico y de su gran experiencia en formación y divulgación del modelo.

Este es un libro clave para todos aquellos interesados en la terapia cognitiva desde perspectivas que ofrecen una visión diferente sobre el ser humano y sus procesos de conocimiento.

Isabel Caro Gabalda
Catedrática de la Universidad de Valencia

Introducción

Recibir la invitación a escribir un libro sobre los rasgos distintivos de la psicoterapia constructivista (PC) es tanto una bendición como una maldición. Y es que disponer del espacio suficiente para esbozar la práctica de esta interesante visión postmoderna es un auténtico regalo. Liberado de las limitaciones impuestas por la habitual disposición en capítulos propia de este tipo de libros, dispongo ahora de la oportunidad de decir lo que me parece más importante del constructivismo y por qué creo que, durante los últimos treinta años, ha sido una excelente compañía en mi trabajo psicoterapéutico. ¿Pero cómo articular en palabras, por otra parte, el modo tan profundamente personal en que esta visión filosófica ha impregnado mi práctica terapéutica e informado mi pensamiento y el de tantas otras personas que, de una u otra forma, se mantienen serena o apasionadamente fieles a esta tradición clínica?

El modo en que he abordado ese desafío se atiene a cuatro grandes criterios. En primer lugar, he tratado de escribir un libro sencillo. Mi intención ha sido la de desmitificar una visión que, en muchas ocasiones, se considera filosóficamente abstrusa y procesualmente oscura, cosa que en modo alguno creo que deba ser así. Debo advertir al lector que no pretendo que éste sea un libro para especialistas. Quienes buscan, pues, un tratado epistemológico sobre filosofía constructivista, por más fascinante que ello pueda ser, deberán encaminar sus pasos en otra dirección. En lugar de ello, he escrito un libro pensando en las numerosas personas a las que cada año formo en talleres, congresos y conferencias, la mayoría de las cuales son recién

llegadas a este enfoque. ¡Espero que les resulte interesante!

En segundo lugar, he centrado mi interés en la descripción de los rasgos distintivos del constructivismo. Eso fue precisamente lo que me dijo Windy Dryden, editor de esta colección en inglés, cuando me pidió que me concentrase en los treinta rasgos que diferencian al constructivismo de la amplia variedad de visiones cognitivo-conductuales a las que, en ocasiones, se asocia. Afortunadamente, esta es una tarea sencilla, habida cuenta de que el pastiche postmoderno del que participa el constructivismo se halla muy diversificado y abarca un amplio horizonte que va desde lo profundamente personal hasta lo ampliamente social y difiere fundamentalmente de las tendencias principales de sus colegas cognitivos de otras tradiciones.

En tercer lugar, he escrito este libro tanto con el corazón como con la cabeza. La cualidad holística de la terapia constructivista, tan saturada de emoción como de significado y acción, respalda mi decisión de reconocer, en estas páginas, mi predilección personal y hablar como un estudioso del constructivismo. Esto significa que los principios y procedimientos que describo e ilustro son inevitablemente los que más me interesan, razón por la cual admito, desde el mismo comienzo, que otro constructivista hubiera escrito un manual completamente diferente. Y esto es algo que se debe a la individualidad misma de la perspectiva, aunque también espero que este libro sirva para que el lector interesado pueda acceder a otros textos.

He tratado, por último, de asentar los principios abstractos en la práctica concreta. Es por ello que, a lo largo de todo el libro, literalmente desde la primera hasta la última página, el lector conocerá a muchas personas que han compartido conmigo sus esfuerzos y éxitos en esa tarea compartida llamada psicoterapia. Espero que sus historias, presentadas de un modo que garantiza su confidencialidad, contribuyan a mantener vivo el reino de las ideas constructivistas tanto para el profesional como para el estudiante interesado en la forma que adoptan estos preceptos en la práctica clínica concreta.

Aunque asumo la plena responsabilidad de la interpretación del constructivismo aquí presentada, también debo decir que este libro es, de algún modo, una obra fruto del esfuerzo colectivo. Lejos de considerar a la «construcción de la realidad» como un proyecto emprendido por un individuo aislado, el constructivismo contempla la

creación de significado como una construcción esencialmente relacional, social y cultural. De manera parecida, el constructivismo se ha visto configurado por los discursos de una comunidad global de estudiosos, científicos y practicantes a muchos de los cuales he tenido el privilegio de llamar amigos. Entre los muchos colegas cuyas voces hablan a través de mí en estas páginas quiero destacar a Bruce Ecker, Ken Gergen, David Epston, Hubert Hermans, David Winter, Heidi Levitt, Ze'ev Frankel, Les Greenberg, Art Bohart, Larry Leitner, Jon Raskin, Sara Bridges, Guillem Feixas, Harry Procter, Laura Brown, mi hermano Greg Neimeyer ¡y quizás incluso el fantasma de George Kelly! Pero no solo estoy en deuda con mis padres y predecesores, sino también con colegas y alumnos como Joe Currier, Jason Holland, James Gillies y Jessica van Dyke, la última de las cuales leyó infatigablemente el manuscrito en busca de errores sutiles que eludían las rutinas de corrección ortográfica y gramatical del mismísimo Microsoft Word.

Reconozco también, para finalizar, la contribución implícita a este libro y a la narrativa mayor de mi vida de tres colegas, Vittorio Guidano, Michael Mahoney y Michael White, cuya prematura muerte –acaecidas, respectivamente, en 1999, 2006 y 2009– privó al constructivismo de tres de sus más memorables e influyentes líderes. Me parece adecuado, pues, concluir este reconocimiento con un poema en el que trato de honrar la memoria de estos tres colegas, cuyas voces siguen resonando en las salas del edificio teórico cuya construcción tanto les debe. Su presencia no hizo sino enriquecer este campo.

Robert A. Neimeyer
Memphis (Tennesse) USA

Espacio

Aun la silla te define
por tu ausencia.
Yergue sus brazos
para abrazar los tuyos
y abre su regazo para acoger,
en la suya, tu forma.
Pero, sin ti,
es poco más que una mano vacía.

En una banqueta se amontonan
al azar libro sobre libro,
desoyendo su llamada al objetivo común.
Los lápices del escritorio
están yermos de palabras
y tu cuaderno es una tumba
sin epitafio.

Así es como la larga luz de tu sombra
pone de relieve nuestra objetiva pequeñez.
Colectivamente hemos perdido
el hilo de la memoria
que es la intención
y las cuentas
ensartadas en la cuerda del tiempo.
El latido del reloj
sigue, con su corazón de hojalata,
puntuando el silencio,
pero ya no registra
las horas que faltan
sino las horas que han pasado.

Como rocas erosionadas por la arena
arrastrada por un viento salvaje,
la tristeza va despojándonos descuidadamente de nosotros.
Y, cuando finalmente dejamos atrás
casi todo lo que fuimos

y se yergue, perfecta, nuestra nada,
descubrimos el final
de nuestro anhelo

y tenemos un espacio para ti.

Una terapia ilustrativa

Joanne W. se vio obligada a recurrir a terapia debido a una serie de recientes, aunque alarmantes, síntomas físicos, entre los que destacaban los mareos y la intensificación y aceleración del ritmo cardíaco, que iban también acompañados de una espiral de «nerviosismo» cuyo origen le resultaba inexplicable. Cuando los exámenes médicos realizados descartaron causa orgánica alguna que justificase esas reacciones, Joanne fue remitida a psicoterapia con el diagnóstico de «ataques de pánico de origen psicógeno», aunque le resultara difícil explicarse en términos convincentes para sí misma y para los demás las razones de su ansiedad. Durante la primera visita, a la que acudió vestida con un traje tan formal como bien confeccionado, Joanne comentó que los síntomas se habían presentado en la época en que, cinco meses atrás, se preparaba para abandonar la ciudad del Este que hasta entonces había sido «su único hogar», dispuesta a seguir la «llamada» de su marido que había decidido asumir su posición como pastor de una iglesia afroamericana del sur, ubicada a unos 1.500 km de distancia. Lejos de su madre, hermanas y amigos de la comunidad en la que había crecido y se había sentido apoyada, permanecía ahora recluida en casa por miedo a que los miembros de su nueva congregación descubrieran sus «problemas emocionales» y la etiquetasen de «loca». En los últimos meses, según dijo, había empezado a «distanciarse» de su marido George y de su hija de doce años, Leitha, lo que no hacía sino profundizar la preocupación de que no sólo estaba fracasando como «primera dama» de su iglesia, sino que estaba también «perdiéndose a sí misma» y a

sus seres queridos.

Después de pasar unos cuantos minutos explorando con más detenimiento la visión que Joanne tenía de su problema, le pregunté por cualquier experiencia previa de terapia con la intención de determinar la existencia de algún abordaje que le hubiese ido especialmente bien o especialmente mal. Joanne respondió que su única exposición a la terapia había tenido lugar años antes, en el contexto de su «formación espiritual» en counseling, parte de la cual se había centrado en sus problemas y necesidades psicológicas. Según recordaba, el problema principal había girado, en esa ocasión, en torno al fallecimiento de su padre, seis años antes, tras una larga enfermedad durante la cual ella y su madre desempeñaron el papel de principales cuidadoras. Las lágrimas rodaron por sus mejillas en respuesta a mi pregunta empática por el temblor de sus labios mientras relataba la muerte de su padre. Entonces me confesó que sólo el último año había empezado a llorar por él, porque la desacostumbrada «mezquindad» que durante su enfermedad exhibió su padre la dejó, después de su fallecimiento, más aturdida y liberada que apenada. Pero ahora se daba cuenta de lo mucho que le echaba de menos y, entre la bruma de las lágrimas, añadió que: «Él hubiese sido, de estar vivo, el mejor consejero sobre este traslado».

Alertado por la intensidad emocional que, seis años después de la muerte de su padre, seguían teniendo esos contenidos y sorprendido por la rapidez con que asoció su ausencia a los problemas de cambio de residencia que habían precipitado sus ataques de ansiedad, le pregunté entonces amablemente si le gustaría invitar a su padre a reunirse con nosotros en la consulta para restablecer, de ese modo, la relación que su enfermedad y muerte habían interrumpido. Intrigada por mi propuesta, Joanne aceptó y, siguiendo mis sugerencias, emprendimos una conversación con su padre, a quien simbólicamente ofreció una silla vacía que se hallaba ubicada frente a ella. Sollozando, contó entonces a su padre los problemas que estaba atravesando y, tras unos pocos segundos de silencio, profundizó su exposición señalando la sensación de culpa que la embargaba por haberle «abandonado», al dejar la ciudad donde él había vivido durante toda su vida adulta, para viajar al sur en el que había discurrido la infancia de su padre.

Aceptando mi sugerencia de que ocupase el lugar de su padre y respondiese a las preguntas que le había formulado, Joanne se sentó en la silla que había destinado a su padre, se secó las lágrimas y se

tranquilizó, respondiendo: «No te preocupes niña, vendré a visitarte», palabras que sonaban extrañamente huecas comparadas con la sensación de pérdida que acababa de mencionar. Después de regresar, a indicación mía, a su silla, Joanne repitió entre sollozos las palabras que le señalé: «No puedes visitarme papá. Estás muerto». Luego volcó, en medio de un llanto desconsolado, toda su pena y desconfianza y, cuando recuperó el sosiego, la invité a ocupar de nuevo la silla de su padre, desde la que, por propia iniciativa, afirmó de manera amorosa y sincera que, a pesar de su muerte, siempre estaría a su lado y creería en ella. Este comentario desencadenó en Joanne una comprensión sorprendente. Según me dijo: «Acabo de darme cuenta de que ahora *puedo* estar con él, de que él *puede* estar conmigo y de que, gracias al sur que tanto amaba, puedo llegar incluso a conocerle mucho mejor». Armada de esa nueva conexión con su padre, Joanne se dispuso a ubicar su sensación de desarraigo y deslealtad en el contexto de su relación con los demás miembros de su familia de origen que, como ella, estaban «esforzándose juntos en dar sentido a esa nueva transición». Cuando la primera sesión tocó a su fin, Joanne afirmó, un tanto avergonzada, que, a pesar de su estatus de «primera dama», quería obtener un título universitario, un objetivo que, en deferencia hacia su terapeuta caucasiano, aclaró que, desde el punto de vista de las expectativas sociales implícitas de su comunidad, era potencialmente «egoísta». Dispuesta a tener en cuenta las «nuevas ideas» generadas por la sesión, Joanne se marchó no sin antes solicitar otra cita.

Durante los tres siguientes encuentros, de periodicidad quincenal, Joanne profundizó la exploración tanto de su historia de pérdidas, lo que la llevó a revisar también la muerte de un hijo ocurrida durante los primeros años de su matrimonio, como de su renovado esfuerzo por «encontrar su voz» como mujer por derecho propio en el seno de su familia y de su comunidad religiosa. Y, cuando así lo hizo advirtió, no sin sorpresa, que la vida estaba empezando a parecerle «más real» y expuso con orgullo varios ejemplos concretos en los que había participado, junto a su marido, en la toma de importantes decisiones familiares. También había desempeñando un papel más activo aconsejando a su hija preadolescente y «defendido», en la iglesia, programas innovadores en los que creía. Durante todo este tiempo, siguió experimentando una clara sensación de la presencia de su padre, que se sentía orgulloso de ella y sentía que, durante la «conversación» que había mantenido con él en nuestra sesión inicial,

algo se había «resuelto». Ya no se sentía, según dijo, «atrapada en el pasado» y estaba complacida de que George la apoyase en su empeño de ser más «abierta», hasta el punto de que empezó también a vestir ropa más informal tanto en las sesiones de terapia como en los encuentros de su iglesia. Lo más notable de todo fue sin embargo que, desde el momento de la «conversación» con su padre, se sintió completamente libre de los síntomas del pánico, pese a que ese no había sido nunca un objetivo concreto de la intervención terapéutica. La terapia concluyó reflexionando sobre el «cambio de narrativa» de la vida de Joanne, que le permitió restablecer una sensación de continuidad con la persona que anteriormente había sido (anclada en una relación estable con un padre que la apoyaba) y la llevó también a «reasumir» aspectos de su identidad en la relaciones más importantes de su vida. Un seguimiento realizado meses después puso de relieve el mantenimiento y consolidación de todos esos cambios.

Como sugiere el caso con el que hemos comenzado nuestro libro, la psicoterapia constructivista (PC) se asienta en varias tradiciones –especialmente, en el caso que ahora nos ocupa, las tradiciones humanista, sistémica y feminista– reinterpretadas y expandidas a la luz de temas singularmente postmodernos, que giran en torno a la importancia del significado personal, la construcción social de la identidad y la revisión de las narraciones vitales incoherentes o limitadoras. Aunque la diversidad de enfoques postmodernos frustra cualquier intento de esbozar una definición individual de sus rasgos característicos cabe afirmar que, hablando en términos generales, tienden a ser más colaboradores que autoritarios, más evolutivos que orientados hacia el síntoma, más centrados en el proceso que en el contenido y más reflexivos que psicoeducativos. Mi objetivo en el presente libro consiste en desmitificar muchos de los conceptos y prácticas asociadas a este conglomerado de enfoques contemporáneos, proporcionando un fundamento para aquellos estudiantes y profesionales lo suficientemente valientes como para adentrarse en el terreno a veces resbaladizo de la postmodernidad. Empezaremos considerando el trasfondo intelectual e histórico del que brota el constructivismo y los rasgos distintivos de su planteamiento conceptual y de su acercamiento a los problemas psicosociales.

Los rasgos teóricos distintivos de la PC

No existe ningún avance intelectual que entre en escena como resultado de la «concepción inmaculada» de su fundador. Cada uno de ellos, muy al contrario, brota inevitablemente de la combinación de conceptos derivados de generaciones anteriores, que son el fruto del fértil matrimonio de ideas con diferentes pedigrís intelectuales. Ampliando la metáfora del «matrimonio», podemos decir que cada nueva teoría contiene ¡al menos para sus defensores! «algo viejo y algo nuevo; algo prestado y algo "auténtico"» Cada perspectiva emergente, dicho en otras palabras, se construye sobre la sabiduría de los pensadores anteriores, a la que añade sus propias comprensiones e innovaciones, inspirándose (aunque silenciando, en ocasiones, la fuente) en otras corrientes de pensamiento y presenta esta compleja mezcla como una reflexión en cierto modo válida de la «realidad», al menos dentro de las fronteras impuestas por el conocimiento actual. Que esta amalgama de conceptos y prácticas sorprenda a otras personas como algo interesante, insultante o incomprensible, dependerá a su vez –¡como afirman los constructivistas!– de sus propias teorías y filosofías personales. Empezaremos, por tanto, señalando algunas de las creencias que comparten los psicoterapeutas constructivistas y pasaremos luego a ocuparnos de algunas las prácticas en ellas inspiradas.

Construir un mundo

Hay dos tipos diferentes de recién llegados a la terapia postmoderna: las personas de orientación filosófica que están fascinadas por la teoría y los estudiantes que tienen una inclinación más práctica y se sienten frustrados por esa misma tendencia a la abstracción. Mi objetivo consiste aquí en subrayar los marcos de referencia filosóficos que sustentan la práctica constructivista para ilustrar sus rasgos distintivos, tratando de presentar algunos de los conceptos más elevados junto a ilustraciones y métodos clínicos concretos. Es por ello que pido al lector que me perdone si advierte que, en ocasiones, simplifico demasiado la sorprendente complejidad del discurso postmoderno. Afortunadamente, son muchas las exposiciones de alto nivel que explican los fundamentos teóricos de las terapias aquí discutidas y quisiera esbozar algunas de ellas para los lectores que quieran entender más profundamente los conceptos en los que se asienta la práctica clínica.

Si existe un nivel en el que se unifiquen las diferentes modalidades de la psicoterapia postmoderna, ese es el nivel *epistemológico*, es decir, el nivel de la teoría del conocimiento. Aunque la mayoría de los terapeutas que trabajan desde esta perspectiva reconocen, más allá de la conciencia o del lenguaje humano, la existencia de un «mundo real», lo cierto es que están mucho más interesados en los matices de la construcción que las personas hacen del mundo que en la determinación del grado de «verdad» de esas construcciones que supuestamente representan una realidad externa. Este énfasis en la naturaleza activa y conformadora de la mente se remonta al menos al historiador italiano Giambattista Vico (1668-1744), que estableció el origen del pensamiento en el intento de entender el mundo proyectando sobre él motivos, mitos, fábulas y abstracciones lingüísticas humanas. El filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804)

subrayó del mismo modo el carácter transformador de la mente que necesariamente superpone a los fenómenos de la experiencia un orden espacial, temporal y causal. A partir de estos filósofos, los constructivistas han esbozado un modelo que considera al conocimiento como una estructuración activa de la experiencia, en lugar de una asimilación pasiva o receptiva, sin contaminación alguna, de «las cosas en sí mismas».

La función de la ficción

Todos esos temas se vieron elaborados, en el umbral del siglo XX, por el filósofo analítico alemán Hans Vaihinger (1852-1933), cuya filosofía del «como si» afirma que las personas desarrollan «ficciones operativas» (como, por ejemplo, la infinitud matemática o Dios) para ordenar y trascender los datos duros de la experiencia y establecer objetivos netamente humanos (Vaihinger, 1924). Un énfasis parecido en la distinción entre nuestro «mapa» lingüístico de la experiencia y el «territorio» del mundo fue llevado a cabo por el intelectual polaco Alfred Korzybski (1879-1950), cuya «semántica general» se centra en el papel desempeñado por el hablante al asignar significados a los eventos. Partiendo de estos pensadores, los constructivistas han llegado a la conclusión de que los seres humanos operan sobre la base de constructos lingüísticos simbólicos que les ayudan a navegar por el mundo sin conectar simple y directamente con él. Los defensores de postmodernismo, dicho en otras palabras, sostienen que las personas viven en un mundo interpretado, un mundo organizado tanto por sus categorías individuales y colectivas de significado como por la estructura del mundo «objetivo» de los estímulos externos. Y ello implica que la terapia no es, como ilustra el caso de Joanne con el que iniciamos este libro, una forma de mejorar síntomas indeseados ni de enseñar a las personas habilidades de enfrentamiento más adecuadas, sino una forma de *intervenir en el significado*.

El conocimiento personal

Estas y otras influencias filosóficas paralelas empezaron a encontrar cauce de expresión en el campo de la psicología durante la década de los años treinta, movilizando el interés por el modo en que, en lugar de limitarse sencillamente a «registrar» en una especie de *tabula rasa* los estímulos procedentes del entorno, el ser humano *construye* activamente su experiencia. Entre los psicólogos que asumieron este giro supuestamente «constructivista» destaca el psicólogo evolutivo suizo Jean Piaget, quien esbozó las transformaciones cualitativas a través de las cuales los niños esquematizan el mundo físico y social, y el psicólogo experimental británico Fredric Bartlett, que demostró que el recuerdo no solo entraña eventos almacenados, sino eventos construidos a la luz de motivos presentes ateniéndose a la guía proporcionada por los *esquemas* mentales. Ambas influencias siguen presentes en la investigación contemporánea sobre el recuerdo autobiográfico, que examina la construcción y consolidación periódica de una sensación cambiante de identidad a lo largo de toda la vida adulta (Fireman, McVay y Flannagan, 2003; Neisser y Fivush, 1994).

La primera persona en desarrollar una teoría psicoterapéutica completa que tuviese en cuenta estas ideas filosóficas fue el psicólogo clínico estadounidense George Kelly. Trabajando en el relativo aislamiento de la Kansas rural de los años treinta y cuarenta, Kelly se vio enfrentado a las abrumadoras necesidades psicológicas de las comunidades campesinas que habían sido devastadas por las crisis de la Dust Bowl [literalmente «cuenco de polvo», una sequía que azotó el centro de los Estados Unidos constituyendo uno de los peores desastres ecológicos del siglo XX] y la Gran Depresión (R.A. Neimeyer, 1999). Esto llevó a Kelly a diseñar procedimientos psicoterapéuticos eficaces que permitieran a los clientes asumir en su vida cotidiana identidades ficticias cuidadosamente construidas, durante un periodo

de tiempo definido (habitualmente dos o tres semanas), como forma de ayudarles a librarse de la presión de las circunstancias y experimentar formas de vida completamente diferentes. La *terapia de rol fijo* de Kelly fue, por tanto, la primera modalidad de terapia breve, el antecedente de las estrategias dramáticas y narrativas de cambio incluidas en muchas terapias constructivistas contemporáneas. Finalmente Kelly (1955/1991) esbozó una *psicología comprehensiva de los constructos personales* que ubicaba estos procedimientos en un riguroso contexto teórico y esbozó los métodos diagnósticos, terapéuticos y de investigación dirigidos a los sistemas de constructos personales únicos a los que el individuo apela para estructurar y anticipar los temas de su vida.

Uno de los principios fundacionales de la visión de Kelly es que cada individuo posee un sistema operativo único (o, dicho en sus propios términos, un *sistema de constructos personales*) que le proporciona un «mapa» idiosincrásico del mundo y el lugar que ocupa dentro de él. Lejos, sin embargo, de ser una condición que deba ser rechazada por el «pensamiento correcto», por la eliminación de los «errores cognitivos» o por la clarificación de las «distorsiones» personales, el individualismo y la diversidad de nuestras visiones son, para Kelly, la fuente esencialmente humana tanto de nuestra fortaleza como de nuestras frustraciones inherentes como especie. La tendencia, pues, del ser humano a elaborar una teoría personal que asigna diferentes significados a eventos compartidos (parcialmente) contribuye a la riqueza y la diversidad de la vida relacional, social y cultural, al tiempo que constituye un verdadero rompecabezas cuando intentamos «adentrarnos» y «morar» en la perspectiva, a veces sutil y en ocasiones extraordinariamente ajena, del «otro». El siguiente caso, procedente de una conversación telefónica con un joven que estaba atravesando una crisis suicida, ilustra perfectamente lo que quiero decir. Después de una hora de tratar de empatizar con el dolor que le provocaba la decisión de su pareja de abandonarle y responder constructivamente a su impotencia y autoinculpación por el final de su relación, se tranquilizó y me dijo casi susurrando: «Usted es como mi *mejor amigo*». Durante unos instantes me sentí emocionalmente conmovido creyendo que, entre nosotros, acababa de tenderse un puente que facilitaría una próxima sesión presencial. Al cabo de unos instantes, sin embargo, me di cuenta de que, para él, esta frase significaba: «Usted se parece a mi mejor amigo porque los dos hablan en un tono emocionalmente neutro de cuestiones que me están

angustiando. ¡Poca ayuda puedo esperar de cualquiera de ambos!» Después de entender este significado, di un paso atrás y empecé de nuevo reconociendo mi posición como un observador externo preocupado e interesado en brindarle los pasos activos y estructuradores que pudiesen ayudarle a superar la crisis. Como veremos más adelante, el objetivo de la mayoría de los métodos de evaluación constructivista consiste en poner de relieve el significado que hay detrás de las palabras, los temas más profundos entre líneas de las historias que los clientes se cuentan a sí mismos y a nosotros sobre lo que les lleva a solicitar terapia.

Vivir en la frontera

En lugar de buscar un principio motivacional fundamental que explicase por qué la gente hace las cosas que hace, Kelly afirmó que los seres humanos son básicamente «formas de movimiento» que no necesitan, para «emitir conductas», verse arrastrados por estímulos externos ni empujados por necesidades internas. En lugar de ello, Kelly proponía que las personas son intrínsecamente activas y que, en tanto que psicólogos, nuestro objetivo no consiste tanto en entender *por qué* actúan, sino la *dirección* en la que más probablemente se dirijan. La respuesta, según él, se encuentra en la red de constructos o significados personales mediante los cuales la persona anticipa el mundo y, más especialmente, las acciones y reacciones de los demás. Este intento de erigir y validar un conjunto de ejes de referencia para cartografiar la actividad en el mundo social y organizar nuestras acciones y compromisos, en su opinión, una actividad interminable. Nos pasamos la vida buscando, en los acontecimientos, temas recurrentes, utilizándolos para predecir lo que va suceder; invirtiendo tiempo, esfuerzo, recursos y, en última instancia, toda nuestra vida, en descubrir los eventos relevantes; sufriendo la refutación de nuestras hipótesis o celebrando su utilidad y experimentando activamente, como resultado de todo ello, con convicciones revisadas o profundizadas. Pero lo cierto es que, para bien o para mal, jamás llegaremos a un «Edén cognitivo» en el que finalmente estemos seguros y en donde el terreno y la reglas del juego resulten estables y familiares. Nuestro movimiento de avance hacia un incierto futuro se asemeja, muy al contrario, a vivir en la frontera enfrentándonos, en la medida en que vamos avanzando, a retos y soluciones innovadoras y expandiendo así los límites del mundo conocido. Aceptar, de hecho, la inevitable ansiedad de enfrentarnos a algo continuamente nuevo puede ser mucho más sano, en opinión de Kelly, que caer una y otra

vez en viejos constructos gastados y embrutecedores y «eligiendo» vivir en medio de frustraciones familiares en lugar de despojarnos de viejas pautas y enfrentarnos a la incomodidad que supone reinventarnos a nosotros mismos y a nuestro mundo.

Veamos, en este sentido, el ejemplo proporcionado por Melanie, una de mis clientes actuales, una mujer de poco más de cuarenta años cuya infancia y adolescencia con una madrastra materialista y un padre «adicto al trabajo» (y al alcohol), la dejaron necesitada de atención y cuidado personal. No resulta sorprendente que acabase descubriéndose adoptando, como su padre, el constructo familiar de «tirar hacia adelante», desarrollando una ética laboral basada en la resignación y la expectativa de que, si dejaba que los demás se acercaran demasiado, podían llegar a ser muy egoístas y exigentes. Y, aunque este rol le sirviera en los entornos educativo y profesional, no le resultaba tan útil en el mundo relacional, donde su énfasis en la eficacia y su orientación hacia la tarea impedían que, a no ser de un modo estrictamente práctico, los demás conectasen con ella. Solitaria y triste, se permitió finalmente, a punto de cumplir los cuarenta, «enlentecer el ritmo de su actividad» con Brian, que presentaba el tipo de orientación relajada hacia el mundo laboral que ella envidiaba y mostraba también la capacidad de cuidar de ella que tanto necesitaba. La pareja se enamoró y no tardaron en tener un niño. Pero este futuro tan previsible desencadenó una crisis inesperada, porque el impulso de Melanie de pasar menos tiempo en un trabajo exigente para dedicarse a estar más con su hijo despertó el fantasma de una significativa reducción de ingresos, sin la correspondiente predisposición de Brian a compensarlo trabajando más. Esta situación invalidó claramente las expectativas de Melanie sobre la nueva vida familiar de la que se creía «merecedora», es decir, un entorno idílico y protegido en el que ella y su hijo pudiesen disfrutar de su compañía, algo de lo que, en su infancia, había carecido. No es de extrañar que, en esas condiciones recuperase, para atravesar la experiencia, el viejo y asentado constructo familiar de «tirar hacia adelante» una vez más y asumir, resignada y resentida, el rol de sostenedora principal de la familia. Motivada a buscar ayuda terapéutica por el miedo «a ser igual que su padre», no tardó en reconocer que, cuando se hallaba sometida a exigencias externas, se sentía atrapada en un sistema de constructos que restringían el margen de sus alternativas. Nuestro trabajo se centra ahora en entender el objetivo profundo al que sirve su posición actual, lo que incluye mantenerse fiel a su familia de origen, conservar

la sensación de ser «merecedora» de algo que jamás tuvo… y esbozar constructos alternativos que puedan ayudarla a anticipar y moverse hacia una vida familiar que no se limite a repetir la imagen especular de sus padres.

Redefinir la realidad

Aunque el interés en la teoría de los constructos personales fue creciendo lentamente durante las décadas que siguieron a la publicación de su obra, Kelly fue, en cierto modo, un pionero. Su énfasis en el papel de los sistemas personales de significado y la construcción de identidades ficticias parecía extraño en un entorno dominado, por una parte, por la preocupación por las motivaciones inconscientes y por la modificación de la conducta observable, por la otra. No fue, por tanto, hasta que el *Zeitgeist* postmoderno empezó a afectar, treinta o cuarenta años después, a las ciencias humanas y las profesiones de ayuda, que un número importante de teóricos de la psicoterapia empezó a desenterrar los descubrimientos de Kelly, aplicándolos en direcciones radicalmente nuevas.

¿Qué es el *postmodernismo* (PM) y cuál es su relevancia para la práctica clínica? Como señala el prefijo «post», podemos definir al «postmodernismo» con respecto al marco de referencia intelectual tradicional que trata de superar, socavar o criticar, es decir, la *modernidad*. Se trata de un concepto que abarca tantos dominios de la vida social que no puede ser definido con detalle. Aplicada a las ciencias humanas, la visión moderna del mundo encarna la fe de la Ilustración en el progreso tecnológico y humano a través de la acumulación de conocimiento legítimo. Este ha sido el paradigma dentro del cual se ha desarrollado, durante buena parte de su siglo de vida, la psicología esbozando métodos lógicos, experimentales y estadísticos que supuestamente transmiten datos objetivos y proporcionan un fundamento seguro para teorías que, en su opinión, reflejan con la menor distorsión posible las «realidades» universales y atemporales de la conducta humana. La «verdad», desde esa perspectiva, va develándose poco a poco, independientemente de que se trate de la «verdad» de las leyes generales de la conducta humana o

de los determinantes históricos concretos de esa conducta en la vida de los individuos que pasan por la consulta terapéutica. En el núcleo de este programa se asienta la creencia en un mundo cognoscible y, con ella, la creencia también en la cognoscibilidad del yo. Es la fe que la modernidad depositó en la lógica, la ciencia y la objetividad la que subyace, en gran medida, a las terapias cognitivas tradicionales, con su énfasis en la modificación de las pautas irracionales o distorsionadas de pensamiento que supuestamente contribuyen al mantenimiento de las emociones y conductas problemáticas. La terapia se convierte, desde esa perspectiva, en la aplicación sistemática de técnicas que alientan la reestructuración cognitiva y un mejor «contacto con la realidad» y mejoran, con ello, el ajuste del individuo al mundo (R.A. Neimeyer, 1995b).

El postmodernismo disiente de esta visión tradicional y pone en cuestión el concepto mismo de certeza atemporal, afirmando que todas las «realidades» humanas son necesariamente constructos personales, culturales y lingüísticos… pero no, por ello, menos substanciales e importantes (Appignanesi y Garratt, 1995). La «verdad», desde esta perspectiva, es una construcción realizada por individuos y grupos sociales y refleja la ideología social dominante. No es de extrañar que, desde la perspectiva de las generaciones posteriores, resulte equivocada. Las normas culturales que dictan los roles apropiados de las mujeres o las minorías étnicas como, por ejemplo, las leyes que prohíben y castigan ciertas conductas, y hasta los diagnósticos psiquiátricos, son construcciones sociales históricamente asentadas (y, en consecuencia, cambiantes)… aunque ello no mitiga el impacto que tienen sobre quienes se hallan sometidos a su influjo. Los intelectuales que trabajan desde una perspectiva postmoderna tratan, por tanto, de poner de relieve las formas –a menudo ocultas– en las que la realidad y el poder han ido construyéndose a lo largo de la historia (Derrida, 1978; Foucault, 1970), mientras que los terapeutas y activistas alentados por esta visión tratan de analizar y «deconstruir» las pautas que limitan o restringen las posibilidades de una determinada persona o comunidad.

Vivir en el lenguaje

Un corolario del cambio que condujo del realismo al relativismo es que socava el aparente poder de las circunstancias objetivas, al tiempo que fortalece la importancia del lenguaje entendido, en un sentido amplio, como cualquier medio simbólico de etiquetar la realidad y regular la conducta humana. El lenguaje, desde esta perspectiva, no es una forma de *representar* la realidad, sino de *crearla*, una forma de dar literalmente a luz, con las palabras utilizadas, nuevas realidades sociales, ya sea en una conversación casual entre dos amigos que coinciden en que una compañera es una «zorra» o en el discurso social que define la «belleza» en términos que desencadenan una búsqueda incesante de delgadez. Los constructivistas y sus primos hermanos, los construccionistas sociales (Gergen, 1999) se interesan, por tanto, en el modo en que las personas utilizan el lenguaje para configurar y delimitar de manera problemática y desalentadora la valoración que hacen de sí mismas, de los demás (especialmente de las personas vulnerables) y de las dificultades de la vida. No es de extrañar, por tanto, el aroma a «rebeldía» de los «textos» culturales al servicio de la transformación personal o social que emana de algunos enfoques postmodernos, como las terapias narrativas de las que más adelante hablaremos.

En lugar de seguir elaborando las implicaciones de la epistemología constructivista en la práctica postmoderna, volveremos sobre esta cuestión en los siguientes apartados, considerando algunas de sus expresiones concretas en la conceptualización del yo, la psicopatología, la evaluación psicológica y la práctica terapéutica.

La deconstrucción del yo

El concepto de «personalidad» es un arma de doble filo ya que, a cierto nivel, cumple con una útil función integradora, contribuyendo a explicar el modo en que la miríada de formas y facetas que componen el funcionamiento humano se organizan en una pauta mayor y potencialmente más holística. La personalidad es, en este sentido, lo que te hace ser *tú*, un yo diferente a los demás y reconocible a través de las variaciones y el desarrollo que caracterizan el paso del tiempo. En ese sentido, la personalidad o «yo» ha desempeñado un papel fundamental en la historia de la psicoterapia en tanto que concepto orientador del diagnóstico y del objetivo de la intervención clínica. Desde la formulación estructural clásica de Freud sobre el funcionamiento del ego (Freud, 1940/1964) hasta su elaboración por la teoría de las relaciones objetales (Kernberg, 1976) y los teóricos del yo (Kohut, 1971) y desde las primeras concepciones del «proprium» (Allport, 1961) hasta las teorías humanistas del autodesarrollo (Rogers, 1961), los diferentes modelos de la personalidad han proporcionado el fundamento en que se han asentado las diferentes teorías psicoterapéuticas. El énfasis en el entrenamiento en autocontrol, el registro del diálogo que el cliente mantiene consigo mismo y otros procedimientos similares ponen de manifiesto el papel fundacional que implícitamente atribuyen al yo las terapias cognitivo-conductuales científicamente más parsimoniosas (Beck, 1993). Desde una perspectiva sociohistórica crítica, esos modelos expresan un discurso moderno, según el cual el yo es, al menos en principio, individual, singular, esencial, estable y cognoscible (R.A. Neimeyer, 1998). De ello se sigue que la psicoterapia es un conjunto de procedimientos técnicos destinados a provocar el cambio, que se centra fundamentalmente en mejorar la autorrealización, el autocontrol, la autoeficacia, etcétera, como forma de resolver los

trastornos intrapsíquicos que obstaculizan o amenazan la adaptación del cliente.

En cierto sentido, los enfoques psicoterapéuticos postmodernos amplían y problematizan esta concepción de la identidad. Son muchas, por una parte, las teorías constructivistas, centradas en los «procesos ordenadores esenciales» (Mahoney, 1991) a través de los cuales el individuo construye su sensación de identidad personal en un campo intersubjetivo (Guidano, 1991) y en los que el yo cumple con la función de concepto organizador. Además, según las teorías humanistas de la personalidad, los constructivistas suelen subrayar el papel que desempeñan los significados personales en la configuración de las respuestas de la gente a los eventos y consideran que los seres humanos son capaces, al menos hasta cierto punto, de determinar el curso de sus vidas (Kelly, 1955/1991). Desde esta perspectiva, nosotros *somos* nuestros constructos, y la personalidad puede ser considerada como una resultante de los mil modos en que interpretamos, nos anticipamos y respondemos al mundo social. La influencia de un abuso infantil temprano en las relaciones íntimas, por ejemplo, puede llevar a una cliente a diferenciar entre *personas en cuya proximidad pueda sentirse segura* y *personas cuya proximidad resulte peligrosa*. Una vez que este «constructo personal» se integra en su sistema, sin embargo, nos dice tanto sobre ella como sobre su modo de estar en el mundo, descartando las posibles parejas en función de la seguridad o amenaza que representan para ella y comportándose en consecuencia. En última instancia, Kelly afirmaba que algunos constructos son «supraordenados» o centrales a nuestro sistema de vida, estableciendo matrices jerárquicas de significado que apuntalan nuestra relación con los demás. El «yo», desde esta perspectiva, no está constituido por un conjunto de cualidades o rasgos internos inherentes o esenciales, sino que refleja la síntesis de nuestros esfuerzos cambiantes por comprometernos con el mundo social.

Pero algunos teóricos postmodernos contemplan con cierta suspicacia esta concepción de la personalidad como una expresión sospechosamente romántica del cognitivismo e individualismo de la cultura occidental, que subraya la importancia de un yo «bien integrado» y soberano al que considera rasgo distintivo de la identidad personal. Desde una perspectiva más radical y crítica, la identidad es algo mucho menos estable y coherente que, en el mejor de los casos, incluye un «yo dialógico», cuyas diferentes voces constitutivas compiten en nuestro mundo interno (Hermans y Dimaggio, 2004) y,

en sus formas más extremas, auguran la «muerte del yo» (Lather, 1992). Considerando la personalidad como una mera construcción lingüística, la concepción del individuo como una entidad coherente con fronteras y propiedades identificables se ve amenazada por la visión del «yo saturado» poblada de discursos contradictorios en la que nos hallamos inmersos (Gergen, 1991). Poco importa pues, según esta versión del construccionismo social, que, en tanto que individuos, lidiemos con la incertidumbre, el conflicto y la contradicción, porque nuestra vida individual no es más que el locus de discursos de identidad incompatibles (como, por ejemplo, las exigencias de ser una buena pareja, un buen padre o un buen profesional, ancladas todas en imágenes y diálogos diferentes de los medios de comunicación), cada uno de los cuales nos «posiciona» como un determinado tipo de persona, aunque también nos impone exigencias conflictivas (Efran y Cook, 2000). Esa perspectiva atempera, además, la creencia tradicional de la modernidad en la cognoscibilidad última del yo y, con ella, la relevancia de los procedimientos de autoanálisis y autocontrol racionalistas (R.A. Neimeyer, 1993a y 1995b). De ello se sigue una visión más socializada de la identidad, según la cual los procedimientos psicoterapéuticos para alentar el cambio deben ubicarse necesariamente entre el yo y el sistema social, ayudando al cliente a articular, elaborar y negociar los significados (inter)personales a través de los cuales organiza su experiencia y acción y el rol, en ocasiones, opresivo o conflictivo de los discursos sociales que «colonizan» nuestra vida (R.A. Neimeyer, 1995a). Esta atención a los procesos a través de los cuales se construye y mantiene la identidad en un campo social resulta evidente en las expresiones familiares y sistémicas de las terapias postmodernas de las que más adelante hablaremos.

Sistemas dentro de sistemas: el modelo epigenético

El cambio de énfasis desde la construcción personal hasta la construcción social de la identidad puede considerarse expresión de un modelo más amplio «de sistemas epigenéticos» (ver Figura 1) que considera que el significado y la acción humanas son el resultado emergente de una serie de sistemas y subsistemas jerárquicamente anidados (Mascolo, Craig-Bray y Neimeyer, 1997). En el ámbito de la biología, la epigénesis se contrapone a aquellas teorías que consideran las estructuras, conductas o capacidades del organismo como algo esencial o innato o el simple y predecible resultado del desarrollo evolutivo. Desde una perspectiva epigenética, las nuevas estructuras son el fruto emergente y multiestratificado de las interacciones del sistema organismo-medio. Desde ese punto de vista, el funcionamiento de cada rasgo constituyente (como, por ejemplo, los cromosomas) se configura a través de transacciones que tienen lugar en niveles infraordenados (como, por ejemplo, los genes) y en niveles supraordenados (como, por ejemplo, las matrices celulares). En lo que respecta al funcionamiento del ser humano, la epigénesis implica que el significado y la acción emergen de un sistema de sistemas igualmente multiestratificado, que incluye los niveles bio-genético, agente-personal, diádico-relacional y cultural-lingüístico. El sistema *bio-genético* se refiere a todos los sistemas que están por debajo del nivel del organismo individual (es decir, a los niveles genético, celular y orgánico). El nivel *agente-personal* tiene que ver con el funcionamiento del organismo como personalidad que posee cierto grado de decisión en la determinación de su propio desarrollo. Por su parte, el sistema *diádico-relacional* emerge de las co-acciones entre dos o más individuos (es decir, sistemas familiares) que se encuentran

anidados dentro de grandes sistemas *cultural-lingüísticos* de pautas, instituciones, discursos y creencias culturales.

Todas las estructuras y síntomas psicológicamente significativos de este modelo integrador no son el fruto emergente de un determinado nivel aisladamente considerado, sino de las complejas interacciones que tienen lugar entre todos los niveles del sistema global. La depresión de un joven, por ejemplo, puede ser mejor entendida si no la consideramos como la mera expresión de una predisposición bio-genética a un trastorno de estado de ánimo, sino como una experiencia que impone la exploración de su importancia para el desarrollo de su personalidad (o sensación de división interna), de sus relaciones (especialmente de las que mantiene con su familia, sus compañeros y sus jefes) y de los guiones o narrativas culturales (especialmente las que se refieren a lo que significa ser un «hombre» y los discursos dominantes y quizás opresivos de la «enfermedad mental»).

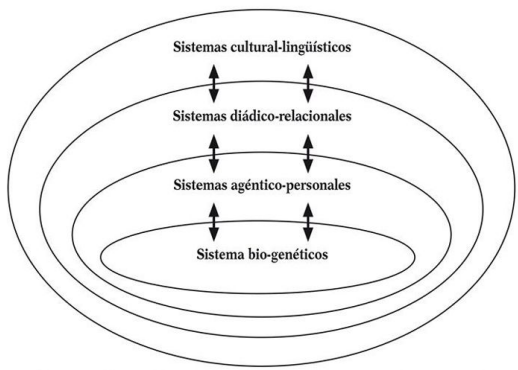


Figura 1. El modelo epigenético del sistema organismo-medio.

Aunque, desde una perspectiva epigenética amplia, podamos estudiar muchos procesos y estructuras diferentes, varias psicologías constructivistas y postmodernas coinciden en tomar como unidad de análisis la *actividad interpretativa ubicada* de individuos y grupos (Mascolo, *et al.*, 1997). Esto tiene, en lo que respecta a la psicoterapia, cuatro implicaciones concretas. El concepto de interpretación nos indica, en primer lugar, que toda actividad psicológica y social supone, de acuerdo al énfasis central del constructivismo, una evaluación del significado que los eventos tienen para las personas (R.A. Neimeyer y Mahoney, 1995). En segundo lugar, el foco en la *actividad* interpretativa significa que, independientemente de que se exprese en los niveles conductual y simbólico, la acción es primordial.

«Construir» es, como «hacer», una forma de *lograr algo* en el mundo y no solo de pensar en ello. El énfasis en una actividad interpretativa *ubicada* implica, en tercer lugar, que la actividad humana siempre tiene lugar en un contexto que habitualmente involucra a otras personas o que se ha visto estructurado por una actividad social o lingüística previa. El funcionamiento humano siempre requiere una coordinación con las exigencias de un contexto social mayor que evoluciona a lo largo de la vida y de la historia. Y el énfasis en el carácter ubicado de la actividad sugiere, por último, que los individuos no son seres naturalmente unificados sino que se adaptan, en su lugar, a contextos diferentes desarrollando módulos de significado y competencias especializadas que pueden o no verse integradas en otros sistemas más abarcadores (Kelly, 1955/1991). Cada uno de estos puntos encuentra expresión en la comprensión postmoderna del trastorno psicológico, el tema que abordaremos a continuación.

Contextualizar el trastorno

Aunque reconocen su importancia para satisfacer las exigencias de las compañías de seguros y gestionar las organizaciones de cuidado de la salud, los psicoterapeutas constructivistas tienden, hablando en términos generales, a avergonzarse del diagnóstico formal tradicional. Esta desconfianza es una especie de reacción al objetivismo y reduccionismo con el que la modernidad define a las personas por sus trastornos más que por su manera de enfrentarse a las dificultades de la vida. Aunque, desde una perspectiva lingüística, pueda ser útil calificar como «borderline» a un cliente con profundas dificultades interpersonales, miedo al abandono real o imaginario y tendencia a autolesionarse, ello no ayuda, en modo alguno, a ampliar el rango de decisiones de que disponen cliente y terapeuta (Harter, 1995). Es por ello que, por más que permita que el diagnóstico informe su práctica, el psicoterapeuta postmoderno no deja, sin embargo, que restrinja su visión.

Esta ambivalencia sobre el diagnóstico tradicional no impide, no obstante, que los psicoterapeutas postmodernos apelen a formulaciones que afectan a diferentes niveles de la jerarquía epigenética y que van desde lo biogenético a lo cultural. Y lo hacen así porque son muy conscientes de que esos diagnósticos son también construcciones humanas (Raskin y Lewandowski, 2000), útiles para algunos clientes y terapeutas, pero no para otros. El diagnóstico del caso de Joanne de «ataques de pánico de origen psicógeno», con el que iniciábamos este libro, por ejemplo, no sirvió para ayudarla a entender su ansiedad paralizante, aunque, ese mismo diagnóstico podría ofrecerle, a otro cliente, razones suficientes para explicar la sensación de angustia experimentada y proporcionar un marco de referencia adecuado para trabajar con la sintomatología resultante. Es la relación entre cliente y terapeuta la que determina, al margen de

todo ello, la utilidad del diagnóstico formal en lo que respecta a un determinado cliente y la interrelación entre los diferentes niveles de la jerarquía la que orienta el diagnóstico. La tendencia de la psicoterapia postmoderna a considerar la interacción entre estos niveles es lo que la distingue de los abordajes psiquiátricos y psicoterapéuticos exclusivamente centrados en los niveles inferiores del continuo (es decir, en los niveles bio-genético y agente-personal) que suelen caracterizar a las terapias cognitivas más tradicionales. El terapeuta que admite que los problemas personales pueden deberse a una combinación de factores cuenta con muchos caminos para la exploración de dichos problemas. Describiremos, en este punto, una visión general para entender el «trastorno» en cuatro niveles, dejando para más adelante la discusión sobre las conceptualizaciones problemáticas concretas asociadas a las diferentes perspectivas narrativas, construccionistas sociales y constructivistas cuando puedan anclarse en casos más detallados.

En el *nivel bio-genético*, los psicoterapeutas constructivistas reconocen el posible origen fisiológico de algunos problemas personales. Es importante, como ocurre con todas las «buenas prácticas» psicoterapéuticas, que el practicante identifique las causas fisiológicas del trastorno (como los problemas de tiroides en el trastorno del estado de ánimo o las dificultades que afectan al flujo sanguíneo en la disfunción eréctil, por ejemplo). Es por ello que, por más que el enfoque farmacológico rara vez se considere suficiente, la evaluación médica no supone, en principio, ningún problema. Fue precisamente el resultado negativo de la evaluación bio-genética de Joanne la que le llevó a buscar ayuda psicoterapéutica. De hecho no fue necesaria mucha atención terapéutica, en ese caso, a sus quejas físicas, porque el significado de sus síntomas se descubrió en los dominios agente-personal y diádico-relacional.

En el *nivel agente-personal*, la atención diagnóstica se dirige a las formas personales de dar significado que no satisfacen las necesidades cambiantes de la experiencia vivida. De hecho, George Kelly (1955/1991), el fundador del constructivismo clínico, describió el trastorno como toda construcción que sigue empleándose pese a haber demostrado reiteradamente su inutilidad. A menudo, las construcciones personales sobre «el modo en que funcionan las cosas» en el mundo se originaron durante los primeros años de creación de significado del individuo. No es de extrañar por tanto que, pese a resultar útiles en un determinado momento, acaben perdiendo su

utilidad. Un niño, por ejemplo, aprende muy pronto que el enfado de una persona puede suponer una pérdida de amor o de atención y que, en consecuencia, debe esforzarse en ser «bueno» y no portarse mal. Como adulto, sin embargo, el empeño en evitar todo enfado ajeno puede desembocar en una conducta no asertiva, sentimientos de baja autoestima y problemas de relación. Es por ello que la revisión de la construcción inicial que «equiparaba angustia a pérdida» puede desembocar en una forma más adaptativa de dar sentido a la vida. Adviértase que la revisión de los significados de la vida es un proceso co-construido entre cliente y terapeuta, mientras que la decisión de revisión (y la dirección que asume) es competencia exclusiva del primero. Los sentimientos de culpa y deslealtad que experimentó Joanne al querer seguir su propio sueño y alejarse de su comunidad de origen fueron el resultado de constructos esenciales relativos al papel que desempeñaba en su familia de origen, su familia actual y la comunidad religiosa afroamericana a la que pertenecía. El hecho de permitirse a sí misma un rango más amplio de opciones para construir sus roles con su gente más próxima redujo tanto sus sentimientos de culpa como la sintomatología de pánico resultante.

El *nivel diádico-relacional* está tan implicado en los procesos de construcción de significado como el agente-personal pero, en este nivel diagnóstico, la atención se dirige a la interacción entre el cliente y las personas más importantes de su vida actual o pasada. En particular, se explora la capacidad (o incapacidad) del cliente para entablar una relación más profunda y significativa con los demás (Leitner, Faidley y Celantana, 2000). El modo en que cada uno de los integrantes de la relación valora o invalida los procesos de atribución de significado del otro puede proporcionar, como veremos en la sección destinada a la evaluación, una información diagnóstica muy rica de las pautas problemáticas de relación. Es importante señalar que los problemas de relación no tienen necesariamente que ver con las personas con las que actualmente se relaciona el cliente. Como evidencia claramente el caso de Joanne, el terapeuta postmoderno no desestima la posibilidad de que todavía queden situaciones inconclusas con alguna persona ya fallecida que obstaculicen el ajuste. El desgarrón que provocó en Joanne la desaparición forzosa de su padre dificultó la adaptación a su nueva ciudad, pero la reconexión que supuso el trabajo con la silla vacía la hizo sentirse más libre para llevar una vida más «real» con las personas que la rodeaban. Aunque algunas modalidades de terapia cognitiva se adentren en el mundo de

las relaciones, el constructivismo se caracteriza por su fuerte énfasis en las co-construcciones relacionales de significado. En un sentido muy importante, los constructivistas consideran que, para mejor o peor, no son las personas las que construyen las relaciones, sino las relaciones las que construyen a las personas.

En el *nivel cultural-lingüístico*, los terapeutas postmodernos prestan una especial atención a la dimensión cultural de las dificultades que afectan a la vida del cliente. Como todos los sistemas de significado, el amplio e implícito sistema de signos, símbolos, reglas y roles que configuran la cultura es un arma de doble filo que si bien, por una parte, proporciona un marco de referencia de apoyo dentro del cual las personas pueden construir una sensación viable de identidad, no deja de limitar, por otra, el elenco de posibilidades entre las que puede elegir o incluso percibir. La culpa que experimentaba Joanne por tener deseos (de una educación superior) que no se adaptaban a la «narrativa dominante» de su comunidad (White y Epston, 1990), se convirtió en un foco de preocupación que la llevó a buscar formas de armonizar su tradición religiosa con la búsqueda de su propia «voz». Esto significa que el terapeuta postmoderno opera a menudo como un agente de cambio social que ayuda a sus clientes a reinterpretar o resistirse a los rasgos de su marco de referencia cultural que resulten agresivos tanto para ellos como para los demás (como el «consentimiento» que la cultura occidental da al varón para ejercer el poder en las relaciones de pareja). El terapeuta postmoderno, por su parte, no trata de imponer su cultura a las personas con las que trabaja, sino que se apresta, en su lugar, a «deconstruir» las contradicciones y posibilidades propias de un determinado marco cultural de referencia.

Es importante subrayar el optimismo con el que contemplan el potencial humano muchas modalidades de terapia postmoderna. Aunque la complejidad de la vida –por no hablar de la complejidad del yo– desafía de continuo nuestra capacidad de adaptación, las personas son consideradas, en última instancia, como científicos neófitos que esbozan teorías más abarcadoras y adecuadas (Kelly, 1955/1991), auténticos autores de su historia vital (White y Epston, 1990) y usuarios de un discurso intencional (Harré y Gillett, 1994) que apela selectivamente al arsenal de formas culturales disponibles en busca de formas satisfactorias de «progresar» individual y socialmente. Esta postura respetuosa hacia el cliente encuentra expresión en todos los aspectos de la terapia, desde las modalidades

espontáneas de evaluación que tienen lugar durante las sesiones terapéuticas hasta los experimentos cuidadosamente diseñados con identidades alternativas que, como más adelante veremos, deberán ser ensayadas durante la vida cotidiana.

Es tan amplia la diversidad de enfoques y métodos que caen bajo el paraguas del constructivismo postmoderno que resulta difícil identificar una población a la que *no* se hayan aplicado. A pesar de ello, sin embargo, los terapeutas postmodernos suelen ser menos entusiastas que sus colegas cognitivo-conductistas con las categorías diagnósticas de clientes para los que su enfoque resulta especialmente relevante. Esta resistencia expresa, por una parte, su compromiso ético con la singularidad del cliente y el reconocimiento, por la otra, de que las categorías genéricas resultan muy poco útiles para tratar a una persona concreta que se enfrenta a un problema concreto. Es por ello que las técnicas de evaluación y las interacciones terapéuticas constructivistas se esfuerzan en identificar el conjunto distintivo de recursos y restricciones implicados en la actividad del cliente, de modo que terapeuta y cliente puedan utilizar aquellos para corregir estas. Hay veces en que la construcción que hace el cliente de su propio yo y de las situaciones que vive puede hacer recomendable la inclusión de técnicas terapéuticas menos favorecidas por los terapeutas postmodernos, como las interacciones psicoeducativas (que ubican al terapeuta en el rol de docente autorizado) o la terapia de conducta (que puede alentar el control y modificación de conductas más moleculares). Aunque el estilo de intervención de los terapeutas constructivistas pueda ser más o menos flexible o rotundo (Efran y Fauber, 1995) y la investigación haya demostrado que pueden apelar a un abanico más amplio de técnicas psicoterapéuticas que sus más racionalistas colegas cognitivos (G.J. Neimeyer, Lee, Aksoy-Toska y Phillip, 2008), las investigaciones realizadas al respecto nos indican que el *modus operandi* preferido por la mayoría de ellos es un estilo más reflexivo y participativo (Mahoney, 1993; Vasco, 1994). En ese mismo sentido, la investigación sobre la aceptabilidad del tratamiento señala que los clientes que disponen de un locus de control interno tienden a preferir las terapias constructivistas, mientras que los que poseen una orientación más externa se siente más atraídos por las terapias cognitivas o conductuales tradicionales (Vincent y LeBow, 1995). Del mismo modo, los clientes internamente orientados y abiertos a la experiencia, que definen los problemas en términos interpersonales, suelen sentirse más atraídos y responder más

positivamente a las intervenciones reflexivas como las señaladas en el presente libro, mientras que las personas dirigidas hacia el exterior, más conservadoras y cerradas a la experiencia y –y que contemplan, en consecuencia, sus problemas como síntomas concretos que deben erradicar– se sienten mucho más afines a los abordajes propios de la terapia conductista (Winter, 1990). Parece, por tanto, muy adecuado desde un punto de vista ético que el terapeuta constructivista valore la modalidad de experiencia dominante que tiene el cliente tanto de su yo como de los síntomas y, en los casos en que exista una incompatibilidad entre esos factores personales y el estilo de trabajo del terapeuta, sea derivado a otras modalidades de terapia.

II

Los rasgos prácticos distintivos de la PC

La evaluación constructivista tiene en cuenta, de acuerdo al modelo epigenético, el amplio espectro del sistema persona-entorno, que se concentra fundamentalmente en los niveles intermedios (es decir, el agente-personal y el diádico-relacional), que son los que mayor relevancia práctica tienen para la psicoterapia. El foco de atención, sin embargo, del trabajo clínico también se ve afectado por la evaluación dirigida tanto a los niveles biológicos más concretos como a los niveles culturales más abstractos porque, para poder trabajar eficazmente con individuos y grupos que se enfrentan a problemas que se muestran reacios a desaparecer, es importante, en ocasiones, considerar la posibilidad de una determinada etiología orgánica (como sucede en los casos de lesión neurológica, enfermedad física o predisposición al trastorno de estado de ánimo) o la influencia de factores sociales más amplios (como, por ejemplo, la desigualdad económica o la opresión racial o de género). Aun en estos casos, sin embargo, el constructivismo y los enfoques derivados del construccionismo social se reconocen por la atención que prestan al significado personal y social que caracteriza, a la vez que oprime, a los clientes que solicitan ayuda, como ilustra la evocadora exploración de Sacks (1998) de los mundos fenomenológicos de pacientes con lesión cerebral o la aguda crítica de Brown (2000a) de los entornos sociales y lingüísticos más amplios que restringen las opciones de identidad de que disponen las mujeres.

Esta tendencia a la evaluación multisistémica lleva al terapeuta postmoderno a utilizar, en el contexto clínico, las categorías diagnósticas convencionales (como, por ejemplo, el trastorno bipolar o la esquizofrenia), especialmente cuando ello sensibiliza al clínico a los

rasgos bio-genéticos del problema que requieran atención. Pero eso solo se lleva a cabo de un modo cuidadoso y condicionado, sabiendo que el diagnóstico psiquiátrico formal es una construcción humana inexacta que solo proporciona una orientación muy rudimentaria de las dificultades del cliente (Raskin y Lewandowski, 2000). Es por ello que, para subrayar la individualidad, las dificultades y los recursos más relevantes del cliente, se requiere una valoración mucho más detallada de su mundo de significados. Mi objetivo, en esta sección del libro, consiste en presentar varios de esos procedimientos, derivando al lector interesado en una visión más completa de los métodos relacionados a las fuentes adicionales necesarias (Fransella, Bell y Bannister, 2004; G.J. Neimeyer, 1993).

Como sucede con los defensores de muchos otros enfoques psicoterapéuticos orientados hacia el proceso, los terapeutas postmodernos prefieren difuminar la distinción entre evaluación e intervención, afirmando que las formas más sutiles de evaluación aumentan la conciencia de cliente y terapeuta sobre los temas, problemas, dificultades y recursos relevantes (R.A. Neimeyer, 1993c). Como tales, rara vez asumen la forma de procedimientos «exclusivos» que concluyen antes de la terapia, sino que pueden ser introducidos en cualquier momento de la misma en el que no solo puedan ser clarificadores, sino inductores también del cambio. Aquí veremos e ilustraremos algunos métodos utilizados por los terapeutas narrativos, construccionistas sociales y constructivistas que, en ocasiones, desempeñan un papel en el detallado caso de estudio que presentaremos en la última parte de este libro.

10

Escalamiento hasta preocupaciones esenciales

El escalamiento es una estrategia de evaluación del nivel agente-personal originalmente introducida por Hinkle (1965) para poner de relieve el orden jerárquico ocupado por el sistema de constructos personales del individuo, vinculando las percepciones, conductas o descripciones de roles concretos a los temas supraordenados implicados. En ese sentido, resulta frecuentemente útil para profundizar, durante el curso de la terapia, la indagación en una queja de un determinado cliente o revelar la relación existente entre un determinado síntoma y la sensación de identidad de la persona. Y también puede servir, como ocurre con la mayoría de los métodos constructivistas, para identificar los valores y fortalezas más importantes del cliente en los que anclar un «yo preferido» (Eron y Lund, 1996), atendiendo al precepto de que todo sistema de significado posee ventajas e inconvenientes y que la terapia más eficaz se sirve de aquellas para corregir estos.

El escalamiento puede empezar casi con cualquier constructo (Kelly, 1955/1991) o contraste personal significativo que, durante el curso de la terapia, resulte de interés. Al referirse, por ejemplo, al continuo conflicto entre sus padres, un cliente puede describir a su padre como *ambicioso*. Cuestionándose por el constructo implícito opuesto, el terapeuta puede entonces preguntar «… mientras que su madre es más bien…» a lo que el cliente puede responder: «Bien, ella está más satisfecha consigo misma» Así es como el constructo *ambicioso* versus *satisfecha consigo misma* acaba convirtiéndose en el primer «peldaño» de una escalera que puede ser «ascendida» utilizando la pauta de cuestionamiento que describiremos e ilustraremos a continuación. Otro paciente puede, por su parte,

mencionar una indecisión paralizante entre *permanecer en un trabajo* (o en una relación) *familiar* o *buscar algo diferente*. Este contraste puede también evidenciarse a través de un proceso de ascenso que rastrea las implicaciones de cada alternativa. El escalamiento, por último, también puede ser útil para explorar aspectos conflictivos de uno mismo, como sentimientos, acciones o rasgos antagónicos de la propia personalidad. Algo así ilustra el ejemplo clínico que presentamos a continuación.

El escalamiento es un proceso en el que el terapeuta empieza identificando un constructo inicial bipolar y preguntando al cliente cuál de ambos polos prefiere. Después de tomar buena nota del constructo y de la preferencia del cliente, el terapeuta pregunta «¿por qué?», «¿cuál es la ventaja que ello implica?», o cualquier otra pregunta similar destinada a poner de relieve las implicaciones supraordenadas de esa decisión. Conectando con una flecha el polo preferido con el constructo implícito supraordenado, el terapeuta determina entonces el polo opuesto, uniéndolo con el polo no valorado anterior. Y así prosigue tratando de determinar, a través de una pauta cíclica de cuestionamiento, las razones o ventajas de las preferencias del cliente y las desventajas de su opuesto, hasta que empieza a dar respuestas repetidas o tiene dificultades en esbozar un constructo adicional. Finalizado el proceso puede mostrarle al cliente la representación de la escalera final para indagar luego entre ambos esta jerarquía de significados y las implicaciones que tiene para su conducta. La Figura 2 refleja la escalera resultante del fragmento de entrevista que presentamos a continuación. El uso de técnicas como el escalamiento, para reflejar el modo en que el pensamiento del cliente se ajusta a las jerarquías de significado que convergen en temas fundamentales, es un rasgo único de la terapia constructivista que ilustra que las conexiones entre constructos son tan importantes como los constructos mismos.

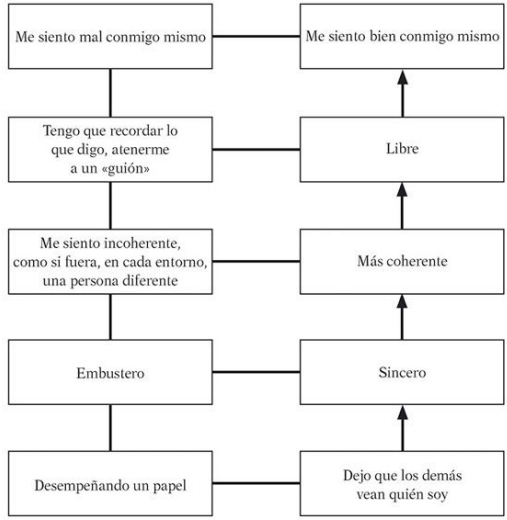


Figura 2. Escalera de constructos personales de Michael, D.

Michael D. era un vendedor casado de 45 años, que recurrió a la terapia a causa de una molesta depresión que, según decía, tenía que ver con el «vacío» de su vida. Aunque notablemente optimista y alegre con sus compañeros de trabajo, pronto respondió a mi seriedad empática como terapeuta reconociendo entre titubeos su soledad y evitación de las relaciones próximas. Cuando le pregunté cuál era su «teoría personal» sobre la persistencia de este problema en su vida, Michael respondió diciendo que, en su opinión, estaba ligado a su tendencia a «desempeñar un papel» en las relaciones, aun en aquellas supuestamente más próximas como su matrimonio, por ejemplo. Tratando de aclarar este importante constructo a través del contraste pregunté: «¿Y cuál sería la postura opuesta a la de «"desempeñar un papel"?» Pasados unos pocos segundos de silencio durante los cuales eludió la mirada, Michael respondió, mirándome nuevamente a los ojos, antes de echarse a llorar: «Mostrarme tal cual soy».

Conmovido por el impacto emocional de este contraste experiencial, decidí entonces indagar en las implicaciones profundas que este constructo tenía para Michael apelando, para ello, a la entrevista de escalamiento.

Bob (B): ¿Qué preferirías, si pudieses elegir, *desempeñar un rol* o *dejar que los demás viesen quién eres*?

Michael (M): Creo que, por más difícil que resultase, querría *que los*

demás me viesen tal como soy.

B: ¿Y por qué querrías eso? ¿Qué ventaja supondría?

M: Sería más *honesto*, más *real*.

B: ¿Y con qué contrastaría eso?

B: Con ser un *embustero*.

B: ¿Y qué preferirías, si tuvieses que elegir entre ser *sincero* y ser un *embustero*?

M: Ser sincero.

B: ¿Por qué?

M: Porque sería una persona más *coherente*. Me siento una persona *incoherente, una persona que se comporta de un modo distinto en diferentes situaciones*, en casa, en el trabajo y en las relaciones sociales. Es como si, en cada entorno, fuese una persona diferente.

B: ¿Y qué preferirías, si tuvieses que decidir entre ser *coherente* o ser *incoherente*?

M: Ser coherente.

B: ¿Por qué?

M: [después de una pausa] Porque me sentiría *libre*, en lugar de tener que recordar lo que he dicho en cada ocasión, como si tuviese que acordarme de mi *guión*.

B: ¿Y qué preferirías, si tuvieses la posibilidad de elegir, la interacción pautada por un *guión* o la relación *libre*?

M: Quisiera ser *libre*.

B: ¿Puedes decir por qué?

M: Hmmm…

[larga pausa]

M: Porque entonces… *me sentiría bien conmigo mismo*.

B: ¿Y con qué contrasta esto…?

M: Con *estar mal conmigo mismo*. La verdad es que no me gustan las personas que son como yo. A veces me gustaría poder reírme de verdad, sin verme obligado a forzar la risa por cuestiones… hummm… estrictamente sociales.

Al final del escalamiento, Michael me confesó, con las lágrimas rodando por sus mejillas: «Eres, en cuarenta y cinco años, la primera

persona a la que he reconocido que mi vida es una mentira».

Concluido el trabajo, es posible hablar con más detenimiento de los temas más profundos del escalamiento (que, en el caso de Michael, tenían que ver con su malestar consigo mismo por ser un embustero y su necesidad de sentirse libre de la artificialidad con que se presentaba a los demás). Alternativamente, el terapeuta puede tratar de agudizar el foco sobre la sensación de congruencia o contradicción del cliente preguntándole dónde se situaría a sí mismo *realmente* en cada uno de los constructos para revelar, de ese modo, puntos de compatibilidad o conflicto entre la visión actual y la visión preferida de sí mismo. Finalmente, el terapeuta puede servirse de un amplio número de «cuestiones facilitadoras» para propiciar, ya sea en la sesión o en forma de «trabajo para casa» entre una cita y la siguiente (ver Tabla 1), un escalamiento adicional con el cliente. Hay que decir que algunas de estas cuestiones inclinan esta técnica de evaluación agente-personal hacia el nivel de la exploración diádico-relacional. Los artículos de R.A. Neimeyer (1993c) y R.A. Neimeyer, Anderson y Stockton (2001) proporcionan instrucciones adicionales para el uso clínico del escalamiento, junto a la discusión de pautas de conflictos o ambivalencias más complejas. Estos últimos autores también proporcionan evidencias empíricas de que el escalamiento acerca al cliente a temas existencialmente más abstractos y ricos que, como predice la teoría constructivista, pueden ser difíciles de formalizar verbalmente.

Tabla 1. Preguntas facilitadoras para explorar la escala de constructos personales

- ¿Qué valores centrales implica la idea de alinearse a uno mismo con el peldaño más elevado de la escalera? ¿A través de qué conductas, rasgos o roles concretos se expresaría hallarse en el peldaño más bajo de la escalera? ¿Quién hay en su vida que mejor ejemplifique su visión del «yo preferido»?
- ¿Ha habido algún caso en el que haya dudado antes de determinar su preferencia por uno u otro polo? ¿Qué le habría sucedido en tal caso?
- ¿Hay alguien en su vida que apoye o se resista a las preferencias descritas?
- ¿Cuáles de estas preferencias resultan visibles o invisibles a los demás? ¿A quiénes? ¿Qué podría decir eso sobre

sus relaciones más importantes?

- ¿Ha habido ocasiones, en su vida, en las que podría haberse ubicado, a sí mismo o a sus valores, en los polos opuestos de estos constructos? ¿Cómo era entonces su vida?
- ¿Cuáles podrían ser las connotaciones positivas de sus polos no preferidos? ¿Existen algunos casos en los que le parezca interesante integrar, de algún modo, esos opuestos? ¿Cómo sería entonces su vida?

Fuente: Adaptado de Neimeyer, R.A., Anderson, A. y Stockton, L. (2001) «Snakes versus ladders: A validation of laddering technique as a measure of hierarchical structure», *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 85-105.

11

Cartografiar la ecología social del significado mediante la entrevista de lazo

Diseñada originalmente por Procter (1937), la entrevista de lazo se ubica en el espacio de los niveles agente-personal y diádico-relacional del modelo epigenético, vinculando los procesos personales de creación de significado a la delicada ecología social de las relaciones interpersonales íntimas que la sostienen. Resulta especialmente útil como forma de aclarar las complejas secuencias interactivas de parejas y familias con problemas y esbozar un mapa de ruta de la intervención. Bien podríamos considerar esta técnica como una variedad del *cuestionamiento circular* –es decir, de preguntas que ponen de relieve la relación existente entre los miembros de la familia– utilizado por los terapeutas de familia interesados en la construcción social del significado (Hoffman, 1992). Como las estrategias de los terapeutas de familia postmodernos, la entrevista de lazo aspira a determinar la *posición* ocupada por cada miembro en el sistema o *subsistema* problemático, definida como la postura integrada que asume cada persona en los niveles de construcción y acción. Y ello quiere decir que, en cualquier momento de la interacción, los miembros de la familia se construyen, en cierto sentido, unos a otros y luego se comportan de un modo congruente con esa construcción. Al mismo tiempo, las conductas o acciones de los miembros de la relación validan o invalidan las construcciones de los demás en un ciclo de significado y acción aparentemente interminable que carece de un comienzo y un final definido. Este énfasis en el modo en que la construcción de significados y acciones de un individuo encaja con los de personas significativas de su entorno ilustra el fuerte carácter *social* y *relacional* de la terapia constructivista frente al énfasis más

individualista de otros enfoques cognitivos.

El caso de Ken y Donna, una pareja de poco más de veinte años de edad que solicitó ayuda al centro de counseling de la universidad para tratar los enfrentamientos explosivos que empezaban a poner en peligro su matrimonio de dos años, ilustra perfectamente este método de evaluación. Como el terapeuta cuyo trabajo yo supervisaba se sentía completamente «atrapado» y no sabía cómo salir de ese aparente callejón sin salida, pensé de inmediato en la entrevista de lazo como forma de aportar claridad a sus sesiones, ofrecer perspectiva y comprensión a la pareja y ayudar al abrumado terapeuta a buscar intervenciones que pudiesen empezar a romper los nudos que llevaban a la pareja a una espiral de confrontación y alejamiento. Sin saber dónde dirigir sus esfuerzos, el terapeuta estaba dispuesto a aceptar cualquier ayuda que pudiese darle.

La entrevista de lazo posee una estructura más fluida que la secuencia estándar de preguntas que caracterizan a la entrevista de escalamiento y puede empezar en cualquiera de los cuatro focos que constituyen el nudo del problema (es decir, las construcciones o acciones distintivas de ambos miembros de la pareja). En este caso, todo partió con la queja con la que Donna abrió la primera sesión a la que había arrastrado a regañadientes a su esposo, que era contable. Manifiestamente frustrada por el silencio hosco de Ken, Donna detalló sus preocupaciones, centradas en que «la hacía callar» y «se alejaba de ella». En tanto que licenciada en psicología, sabía que las relaciones sanas necesitan compartir sentimientos, pero también sentía que «para conectar a nivel emocional» con su pareja, debía indagar cada vez más hondo. Cuando el terapeuta le preguntó lo que buscaba en la relación, Donna subrayó la necesidad de «compañía real», algo que le resultaba más sencillo de encontrar entre los miembros del grupo de teatro de la universidad que en casa con su esposo. En respuesta a la pregunta del terapeuta sobre el modo en que la hacía sentir esta percepción de la relación, Donna reconoció que a menudo «obligaba a Ken a hablar de sus problemas» y que, cuanto más eludía él sus esfuerzos, más tiempo pasaba ella, para satisfacer sus necesidades sociales, con sus amigos de la universidad.

Dirigiéndose entonces a Ken, el terapeuta le preguntó por el modo en que se explicaba la conducta de su esposa. La frustración de Ken era palpable cuando replicó: «No hace más que quejarse de nuestro matrimonio. Está claro que le interesa mucho estar con sus amigos que nuestra relación». Amablemente invitado a expresar su preocupación

por la relación, Ken señaló el miedo a que su esposa «… probablemente estuviese manteniendo una aventura y pensando en abandonarle». Y, cuando el terapeuta le preguntó por el modo en que le hacía sentir esa interpretación de la realidad, Ken reconoció que se alejaba enfadado y explotaba periódicamente cuando Donna pasaba las tardes fuera de casa. Ambos reconocieron también que, en los últimos meses, ese ciclo se había intensificado, algo de lo que cada uno culpaba al otro.

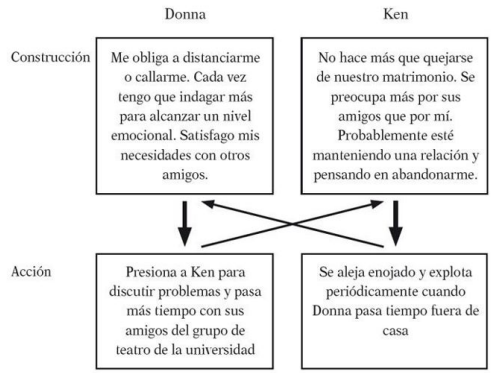


Figura 3. Niveles de construcción y acción del «lazo» en el que se halla atrapado una pareja con problemas

La Figura 3 ejemplifica con un diagrama de lazo las posiciones ocupadas por Donna y Ken. Aunque la estructura natural de la sesión llevó al terapeuta a empezar con la construcción de la relación de Donna, el ciclo carecía, de hecho, de un origen claro que determinase la culpabilidad del otro. Cada uno, por el contrario, contribuía a su modo a la «danza» predecible de su interacción validando, con sus acciones, las interpretaciones del otro, en un ciclo de apariencia indefinida. Viendo el diagrama que les presentó el terapeuta que, con el movimiento de su dedo, seguía las flechas de su intercambio, les indicó el ciclo recurrente en el que se hallaban inmersos, lo que les llevó a sentirse comprendidos y se dieron cuenta de que el aparente casos de su matrimonio se atenía a una clara predictibilidad no, por ello, menos dolorosa. Cada uno empezó entonces a entender, de un modo incipiente al menos, el significado de las acciones de su pareja en sus propios términos y a mostrarse más dispuesto a pensar en formas de «romper el ciclo». En este sentido, el diagrama de lazo constituye una especie de plantilla para la intervención, por cuanto la transformación de cualquier aspecto del ciclo –ya sea cambiando la conducta de cualquiera de los integrantes, reformulando el significado

de su interacción, entrando empáticamente en la interpretación que cada miembro hace de las acciones de su pareja o desarrollando intervenciones «híbridas» más complejas entre niveles o participantes– contribuye a interrumpir la pauta perniciosa y a ofrecer, en la relación, «noticias de una diferencia» (Bateson, 1972). Los artículos de Feixas (1995) y R.A. Neimeyer (1993c) presentan estudios, en este sentido, de casos más detallados que implican a los diferentes miembros del sistema familiar.

12

El uso de la técnica de rejilla para cartografiar redes de constructos

Originalmente esbozada por Kelly (1955/1991) y ampliada posteriormente por generaciones sucesivas de teóricos de los constructos personales, la *técnica de rejilla* representa un método flexible para poner de relieve las dimensiones personales de significado que el cliente utiliza para estructurar algunos dominios importantes de su experiencia. Solicitando a la persona entrevistada que compare y contraste un conjunto relevante de «elementos» (como miembros de la familia, profesiones alternativas o partes del cuerpo, por ejemplo), la técnica de rejilla ayuda a la persona a dar voz a los constructos que utiliza para organizar ese aspecto de su vida. Por más clínica o perceptualmente reveladores que puedan ser los constructos resultantes (para descubrir, por ejemplo, los constructos implicados en temas de *compulsión externa* frente a *resistencia personal* o de encontrarse *arriba* frente a encontrarse *abajo*), se han diseñado formas fiables de codificación de contenidos que, a efectos tanto clínicos como de investigación (Feixas, Geldschlager y Neimeyer, 2002), ayudan a categorizar el contenido de los constructos (por ejemplo, moral, emocional, relacional o concreto). Valorando los distintos elementos en términos de los propios constructos del cliente y analizando las puntuaciones resultantes con la ayuda de algún programa automatizado (Fransella *et al.*, 2004), el clínico puede obtener un mapa visual de significado rápido y comprehensivo que sirva al cliente para estructurar su propia experiencia en un determinado dominio como, por ejemplo, el mundo interpersonal. Más que dejar, pues, que el cliente responda a una serie de preguntas estandarizadas elaboradas por el psicólogo, la técnica de rejilla le invita básicamente a elaborar su propio cuestionario, determinando

primero los constructos y utilizándolos luego para puntuar u ordenar los elementos relevantes. Esta posibilidad de echar un vistazo personal, a la vez que sistemático, al modo en que el cliente construye su mundo, combinada con la facilidad de administración de los programas de ordenador de análisis de rejilla disponibles gratuitamente a través de Internet[1], contribuye a explicar el amplio uso de la técnica en aplicaciones tanto clínicas como no clínicas, que van desde la psicología cognitiva (Adams-Weber, 2001) hasta el campo del desarrollo vocacional (G.J. Neimeyer, 1992). Merece también la pena, para nuestro propósito actual, señalar que las técnicas de rejilla han sido utilizadas para evaluar aspectos de los cuatro niveles del modelo epigenético, desde el ámbito de la experiencia corporal, como los constructos corporales de los pacientes de cáncer (Weber, Bronner, Su, Kingreen y Klapp, 2000) hasta los roles del yo de los clientes deprimidos (R.A. Neimeyer, Klein, Gurman y Greist, 1983), las relaciones familiares (G. Feixas, 1992) y una amplia diversidad de actitudes culturales (G.J. Neimeyer y Fukuyama, 1984). Las diferentes versiones del método, como la *rejilla de implicaciones* y la *rejilla de resistencia al cambio* (Dempsey y Neimeyer, 1995; Hinkle, 1965), proporcionan nuevas formas de identificar constructos esenciales que definen los compromisos de valor claves del cliente, que paradójicamente suelen obstaculizar el cambio en psicoterapia. La posibilidad de evaluar sistemas complejos de significado utilizando métodos rigurosos de evaluación cognitiva subraya la importancia que tiene la teoría de los constructos personales sobre otras visiones de la terapia cognitiva, centradas simplemente en afirmaciones sobre uno mismo o en esquemas derivados de meros autoinformes. Jankowicz (2003) nos proporciona una guía sencilla para la construcción y uso de técnica de rejilla en los entornos aplicados.

1. Ver, por ejemplo, el popular WebGrid III, programa disponible en http: tiger.cpsc.ucalgary.ca/

13

Luego hay que sumar las puntuaciones de cada columna en los índices S (afecto relativo a la autoimportancia), O (afecto relativo al contacto con los demás), P (afecto positivo) y N (afecto negativo), incluyendo las columnas de «sentimientos generales» y «sentimientos ideales». Y, para terminar, hay que sumar las puntuaciones de todas las valoraciones básicas (excluyendo general e ideal), determinar la media (dividiendo sencillamente por 6) y comparar el resultado obtenido con los siguientes perfiles, en donde «alto» es una puntuación de 8 o más, y «bajo» es una puntuación de 7 o menos:

- S, O y P altos, N bajo: Este es, para Hermans, un perfil de «unidad y fortaleza», alto en automejora y comunión con los demás.
- O y P altos, S y N bajos: Este perfil implica «unidad y amor», encontrar sentido en la unión con los demás, pero con una reducción de la autoeficacia.
- O y N altos, S y P bajos: es un perfil que refleja «un anhelo insatisfecho» de comunión con los demás, asociado a una baja confianza personal en uno mismo.
- N y S altos, O y P bajos: Configuración determinante de «impotencia y aislamiento» jalonada por una desolación personal e interpersonal.
- S y N altos y O y P bajos: Este es un perfil que Hermans describe como «agresivo e irascible», en el que uno debe afirmarse ante un mundo decepcionante.
- S y P altos y O y N bajos: Perfil que se refiere a una pauta de «autonomía y éxito» frente a un trasfondo de baja conexión con los demás.

Hay que advertir que, cuando más extremas son las puntuaciones, mejor pueden describirse las valoraciones en estos términos, con pequeñas diferencias entre los valores superiores e inferiores, lo que sugiere la necesidad de mostrarse cauteloso a la hora de interpretar el perfil. También hay que decir que algunas posibles configuraciones caen fuera de la tipología o representan «tipos combinados».

Conviene ahora, después de haber evaluado nuestro perfil, reflexionar en las siguientes cuestiones:

- ¿Qué puede haber contribuido, en mi vida, al desarrollo

La evaluación de temas emocionales y relacionales utilizando el método de autoconfrontación

Una técnica relacionada es el *método de autoconfrontación* [SCM en inglés, de Self-Confrontation Method] (Hermans, 2002), una forma de investigación de la personalidad en la que se pide a los clientes que lleven a cabo «valoraciones» o evaluaciones positivas o negativas sobre acontecimientos y circunstancias importantes de su vida y las puntúen luego en una serie de escalas que miden un abanico de respuestas emocionales como, por ejemplo, el grado de *comunión* o *agencia personal* con otras personas implicadas. Esta evaluación empieza con ciertas preguntas destinadas a obtener un conjunto de seis u ocho valoraciones como, por ejemplo: «¿Cuénteme algo de su pasado que haya sido y siga siendo de gran importancia en su vida?» o «¿Existe alguna meta u objetivo que espera que desempeñe un papel muy importante en su vida futura?» En respuesta a la primera pregunta, por ejemplo, un cliente puede decir: «Por más que haya dañado el compromiso con mi trabajo o mi profesión, yo siempre he tratado de "estar ahí" para mis amigos y familiares». La puntuación en las escalas proporcionadas podría sugerir que esta valoración está asociada a fuertes emociones positivas como el *amor* y la *alegría* y a un elevado nivel de comunión o conexión con los demás. Pero ese mismo cliente podría también atribuir un significado completamente diferente a la evaluación opuesta: «Debo reducir mi implicación con mi esposa y mis amigos para poder atender a mi jefe y mis clientes», puntuándolo de un modo que implique un intenso afecto negativo (como, por ejemplo, *desaliento* y *desilusión*) y una baja comunión (reduciendo, por ejemplo, la *intimidad* y la *ternura*). En la Tabla 2 presentamos una adaptación simplificada de este método.

de estos temas afectivos? ¿Creo que esto puede cambiar en el futuro y, en tal caso, de qué modo?

- Si tengo en cuenta las evaluaciones individuales, ¿aparecen básicamente inmutables en las seis cuestiones o varían en su perfil individual? ¿Existe alguna diferencia notoria entre las configuraciones de valoraciones de mi pasado, presente y futuro? ¿Qué podría, en tal caso, significar eso?
- ¿De qué forma se corresponde mi perfil con el modo en que siento los temas más profundos de mi vida, en lo que respecta a las sensaciones que tengo sobre mí y el mundo social? ¿Y cómo podría explicar, si las hubiera, las discrepancias existentes al respecto?
- ¿Qué concordancia existe entre el perfil de las seis valoraciones y el perfil SOPN calculado a partir de la columna individual de «sentimientos generales»? ¿Y qué significado tendría, en tal caso, esa disparidad?
- ¿Cómo podría comparar cada uno de estos dos perfiles (la media y el general) con el perfil correspondiente a la columna de «sentimientos ideales»? ¿Qué significaría, en lo que respecta al modo en que quiero que cambie mi narrativa vital, una discrepancia al respecto? ¿Qué podría uno hacer para reducir, en este caso, la diferencia existente entre la evaluación actual y la evaluación ideal?
- ¿Qué ventajas y desventajas conlleva, en un contexto de evaluación clínica, el uso de la confrontación con uno mismo?

Fuente: Adaptado de Hermans, H. (2002). «The person as a motivated storyteller», en R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 5. Westport, CN: Praeger.

El uso del método de autoconfrontación en diferentes momentos del proceso de counseling puede ayudar a afrontar problemas que requieran atención terapéutica, invitando al cliente a actuar, en la relación terapéutica, como un investigador (Hermans, 1995). De este modo, el método de autoconfrontación funciona como una técnica de evaluación clínica fundamentalmente centrada en el nivel agente-personal del modelo epigenético. Como otras visiones de la terapia

Tabla 2. Instrucciones para el método de autoconfrontación

El psicólogo holandés Hubert Hermans diseñó el método de autoconfrontación como técnica humanista para identificar y reflexionar sobre los temas y motivos básicos utilizados en la propia narrativa o historia personal. El proceso empieza identificando los constructos subjetivos clave de las experiencias vitales (ya sean pasadas, presentes o futuras), valorándolos luego con una serie de términos afectivos. La matriz de puntuaciones así obtenida puede ser posteriormente analizada para entender el significado general de las experiencias emocionalmente significativas.

Comenzaremos ahora esta forma abreviada de SCM esbozando respuestas breves a las siguientes preguntas que tratan de capturar en una o dos frases la esencia de la valoración.

Pasado

1. ¿Qué aspecto importante de mi pasado sigue ejerciendo una gran influencia sobre mí?
2. ¿Hay alguna persona o circunstancia que haya influido y siga influyendo mucho en mi vida?

Presente

3. ¿Qué aspecto de mi vida presente es el más importante y sigue ejerciendo una influencia significativa sobre mí?
4. ¿Hay alguna persona o circunstancia que desempeñe un papel importante en mi vida?

Futuro

5. ¿Preveo algo o a alguien que, en mi futuro, ejercerá una gran influencia en mi vida?
6. ¿Hay algún objetivo que espero que desempeñe un papel importante en mi vida futura? Y el futuro así considerado puede dilatarse tanto como uno quiera.

Alguien, por ejemplo, podría responder a la primera pregunta diciendo «El divorcio de mis padres me dejó con la sensación de que todas las relaciones próximas pueden acabar en el momento más inesperado» o a la tercera pregunta con «Me resisto a los intentos de mi profesor para controlar y decidir lo que tengo que hacer». Obviamente, las únicas «respuestas correctas» a estas preguntas son las que hablan desde dentro de la propia experiencia.

Puntúe ahora cada una de sus valoraciones en la siguiente

narrativa descritas anteriormente, el método autoconfrontativo tiende también a asumir una visión longitudinal de la historia vital del cliente centrada en los aspectos mayores del desarrollo de su argumento y de su tema. En este sentido, constituye un enfoque que complementa las visiones cognitivas tradicionales de la valoración, que tienden a centrarse más en lo que, en medio de las situaciones estresantes los clientes «se cuentan a sí mismos».

14

Reflexión sobre uno mismo utilizando el «tiempo de espejo»

Los procedimientos específicos de evaluación pueden ser especialmente apropiados cuando se asignan trabajos para casa, combinando a menudo el intento de conectar y hacer más visible o audible el proceso de construcción de significado del cliente con el intento terapéutico de alentar un diálogo interno inductor del cambio. Ilustraremos este punto con el caso de una joven llamada Kristin que estaba atravesando un periodo de exploración del yo y de su carrera y que se mostró interesada en mi sugerencia de utilizar el ejercicio «tiempo de espejo», diseñado por Mahoney (1991), como forma de reflexionar literalmente en sí misma en un momento en que se hallaba en una importante encrucijada vital. El procedimiento consiste en pasar un tiempo ante el espejo en un entorno privado y acompañado quizás de una música instrumental que aliente la reflexión. Dependiendo de la intención con que se ejercite la técnica, puede alentarse al cliente a dejar que su atención se desplace libremente o se atenga, por el contrario, a una serie de instrucciones guiadas (es decir, que se permita que determinadas partes del yo formulen preguntas, mientras otras proporcionan respuestas o dirigir la atención a diferentes zonas del rostro y del cuerpo). También es posible registrar los sentimientos y las reflexiones que aparezcan durante y después del ejercicio en una entrada de diario de formato libre o anotarlos simplemente para una discusión terapéutica posterior. En la Tabla 3 presentamos una adaptación de las instrucciones necesarias para llevar a cabo el ejercicio «tiempo de espejo».

Tabla 3. Instrucciones para el ejercicio «tiempo de espejo»

Selecciona un lugar y un momento en el que puedas permanecer, sin que nadie te moleste, una media hora. Siéntate luego, quizás

en una banqueta, ante un espejo, de modo que puedas verte de hombros hacia arriba o, mejor todavía, en un espejo que te devuelva una imagen de cuerpo entero. Sigue luego simplemente las instrucciones que a continuación presentamos, que puedes grabar previamente con tu misma voz y escuchar luego mientras te halles frente al espejo, deteniéndote un par de minutos (lo que, en el texto adjunto, aparece como puntos suspensivos) entre una pregunta y la siguiente como forma de facilitar la reflexión:

> Dirige amablemente tu atención a lo que ves en el espejo… Cobra conciencia de lo que estás pensando, imaginando y sintiendo… Mira profundamente en tus ojos… ¿Qué es lo que ves?… ¿Qué es lo que te gusta y qué es lo que te desagrada cuando ves a esa persona?… ¿Existe alguna diferencia entre la persona que ves en el espejo y la persona que sientes que eres?… ¿Qué es lo tú ves en el rostro de esa persona que otros no ven?

Abre ahora los ojos y pulsa la tecla «pausa», en el caso de que hayas decidido utilizarla, de la grabadora. Trata de capturar el flujo de pensamientos, observaciones y respuestas a las preguntas anteriores mientras todavía están frescas, anotándolas sucintamente en una hoja de papel. Atiende luego a las siguientes instrucciones:

> Cierra los ojos durante varios segundos y respira lentamente unas cuantas veces… Renueva tu intención de ser consciente y cuidar de ti… Abre luego lentamente los ojos y considera la posibilidad de verte de un modo diferente… Formúlate en voz alta la siguiente pregunta: «¿Quién eres tú?»… Deja que este diálogo prosiga sin importar el modo en que lo haga, permitiendo que la parte de ti que formula la pregunta espere pacientemente que la otra parte elabore y esboce una respuesta… ¿Qué es lo que, en este momento, más necesitas preguntarte sinceramente y qué es lo que más necesitas escuchar?

Toma nota luego en un papel del resultado de estas reflexiones. Resúmelas en un escrito que abarque todos los temas, empezando con lo que más llamó tu atención y pasando luego al tipo de sentimientos, pensamientos y posibles reconocimientos o comprensiones estimuladas por el ejercicio.

Fuente: Adaptado de M.J. Mahoney (1991) *Human Change Processes*. Nueva York: Basic Books.

En el presente caso, Kristin aceptó la invitación para pasar media hora ante un espejo ateniéndose a la guía de una serie de instrucciones previamente grabadas. Y, como respuesta a dichas instrucciones, anotó un conjunto sorprendente de reflexiones, de entre las cuales destacamos las siguientes:

> La marca de nacimiento que hay bajo mi ojo izquierdo. No, mejor dicho, bajo mi ojo derecho. Me resulta extraño verme de manera diferente al modo en que el mundo me ve. La peca de mi nariz que todo el mundo toma erróneamente por un piercing nasal. Muchas pecas. Círculos oscuros. Cejas asimétricas. Una nueva arruga en la frente. Pupilas enormes.
>
> Parpadeo y siento la sequedad de mis lentillas de contacto. Muevo repetidamente la mandíbula y percibo su familiar sonido recordándome las palabras del doctor: «articulación gastada de la mandíbula», «daño permanente» y la radiografía del cartílago que, en lugar de parecer un arco iris cubriendo esta delicada articulación, parece una alubia mal colocada. Me froto los ojos y aprieto los labios. Trato de imaginar una visión perfecta y una articulación mandibulo-temporal perfecta, pero me parece más sencillo sentir el monótono latido y los ojos secos. Siento las cosas que más familiares me parecen.
>
> Estoy en quinto grado. Tengo 25 años. Veo a la chica de quinto grado. Veo a la joven adulta. Soy hermosa. Soy sencilla. Las veo a las dos. Así es como el mundo me ve… y así es como nadie me ve. Ninguna sonrisa. Ni sonrisa ni palabra. Abro completamente los ojos y dejo que el aire roce mis lentes de contacto. Luego parpadeo y la imagen se empaña.
>
> Me gusta la persona a la que veo porque me conoce. Me siento bien en su piel. Me disgusta porque no tiene las respuestas que quiero. Me mira con demasiadas emociones y poca sabiduría. Me gusta porque no se desmorona y porque, a veces, hace feliz a la gente. No me gusta porque se siente insegura.
>
> Veo, bajo su aspecto decidido, el miedo. Esta persona está asustada y callada, silenciosa y triste. Yo no soy ninguna de esas cosas.

Dejo que existan todas las posibilidades que hay en mí: trabajadora, niña, hija, hermana, amiga, compañera de habitación, amante. Pero ninguna de esas posibilidades me define. Participo de las experiencias de la vida como una… viajera. Eso es lo que soy, una viajera.

No hay nada extraño pues en el hecho de que, cuando me preguntó «¿Qué quieres de la vida?», la respuesta sea «propósito». Esta aparente contradicción entre la persona que soy y lo que quiero de la vida se resolvió comprendiendo que había estado viajando a través de las experiencias de la vida en búsqueda de mi propósito. La pregunta «¿Qué tengo que hacer aquí?» me ha acompañado y movilizado desde que era niña. Por ello he viajando, tanto literal como metafóricamente, a lo largo de la vida. Y al cabo he encontrado la respuesta a mi pregunta trabajando con niñas con problemas emocionales. Siento que finalmente he encontrado mi lugar en la vida. Cuando estoy trabajando con estas niñas sé por qué estoy aquí… No quería seguir viajando toda mi vida.

Paso el tiempo haciendo gestos divertidos ante el espejo. Es uno de mis pasatiempos favoritos y una buena terapia para cualquiera que necesite una sonrisa.

Si este método engañosamente simple se ofrece y acepta con el adecuado espíritu, favorece, como bien ilustra el diario de Kristin, una reflexión profunda sobre uno mismo que puede resultar muy provechosa y verse fácilmente integrada en el diálogo terapéutico. Como muchos métodos constructivistas, encarna por igual los objetivos de la autoevaluación y de la evaluación terapéutica, poniendo de relieve e intensificando el modo en que el cliente se experimenta a sí mismo cuando, al alejarse del mundo social, dirige la atención hacia su interior. Lo que entonces emerge es una orientación concreta de la evaluación que se asemeja más a la libre asociación psicodinámica que a las limitadas preguntas de los cuestionarios diseñados por psicólogos centrados en otras visiones de la terapia cognitiva. La investigación sistemática efectuada con casi cien usuarios de esta técnica confirma que el «tiempo de espejo» puede ser una «medicina fuerte» que no solo intensifique significativamente, durante el ejercicio, el arousal fisiológico (medido por la respuesta

galvánica de la piel), sino también la tensión subjetiva (Williams, Diehl y Mahoney 2002). Hay que destacar que, a diferencia de lo que ocurre cuando se permite que el encuentro discurra libremente, el hecho de «atenerse al guión» impuesto por una serie de instrucciones previamente establecidas permitió atenuar, en el caso de la mujer de nuestro ejemplo, la autocrítica, al tiempo que produjo respuestas más favorables al ejercicio como tarea terapéutica.

Los procedimientos de evaluación presentados no son más que una pequeña muestra de la cualidad innovadora y los métodos cuantitativos adoptados por los constructivistas más creativos y empleados para explorar los procesos y estructuras de creación de significado utilizados por el cliente (ver, en este sentido, por ejemplo, Leitner, 1995, G.J. Neimeyer, 1993; R.A. Neimeyer y Winter, 2006). Grupalmente considerados, estos terapeutas tienden a ser más *holísticos* que la mayoría de los enfoques de evaluación cognitiva, en el sentido de que arrojan luz sobre los sistemas profundamente personales, aunque intrincadamente sociales, de significados, decisiones y narraciones vitales emocionalmente resonantes que configuran, al tiempo que delimitan, el compromiso del cliente con la vida. Ahora nos ocuparemos de la transformación explícita de estos sistemas.

15

Atender al otro desde el yo

Como ya hemos dicho en otra parte mis colegas y yo (Levitt, Neimeyer y Williams, 2005), terapeutas y clientes pueden trabajar mejor cuando las prescripciones para la práctica se presentan anidadas en principios más amplios que facilitan el juicio inteligente sobre su importancia en un determinado entorno. Este es un punto que, en una época caracterizada por el entusiasmo por las intervenciones «gobernadas por reglas fiables y replicables» (Held, 1995), que evocan una imagen de la terapia despojada de variabilidad individual y que parece que puede ser llevada a cabo por «burócratas» esencialmente intercambiables de un servicio estandarizado, no resulta tan evidente como uno podría pensar. A diferencia de las terapias cognitivo-conductuales que abogan por enfoques prácticos guiados por un manual, con su inclinación hacia protocolos, agendas y listas concretas de técnicas aprobadas, las terapias constructivistas subrayan la singularidad inherente a la terapia y su necesaria adaptación a la inmediatez del encuentro entre *este* terapeuta trabajando con *este* cliente en *este* momento concreto de la comprensión emergente del problema al que se enfrentan. En tal entorno subjetivo, cambiante y sutil, los principios abstractos resultan mucho más orientativos que las prescripciones concretas. Es por ello que quisiera centrarme en un trío de principios –las llamadas «tres "pes" de la práctica»– que configuran mi visión de la terapia, subrayando los rasgos que distinguen a los terapeutas constructivistas de sus parientes cognitivo-conductuales. Comenzaré con algunas indicaciones relativas a la *presencia* del terapeuta y luego pasaré a revisar el *proceso* terapéutico y los *procedimientos* clínicos, ilustrando cada uno de esos principios con ejemplos extraídos de mi propia práctica clínica.

La terapia empieza en lo que somos y se extiende luego a lo que hacemos. Y eso implica que *estar en* el encuentro, tan plenamente

como sea necesario, es una condición esencial a todo lo que sigue, la singular combinación de procesos y procedimientos que definen una determinada tradición terapéutica y, más concretamente, nuestro propio estilo terapéutico. En este punto quisiera subrayar que la cualidad fundacional de la presencia terapéutica –es decir, la total disponibilidad del terapeuta, sin verse distraído por otro tipo de agendas, a las preocupaciones del cliente– permite arraigar el trabajo al brindar una audición receptiva a lo que dice y hace el cliente en su narración, haciendo que ambos participantes (o, en el caso de una terapia familiar o grupal, todos los implicados) puedan contemplar con ojos nuevos los problemas presentes.

La presencia del terapeuta no «desplaza» la atención del cliente ni compite con ella, como sucedería si el terapeuta fuese demasiado visible u ofreciese a sus clientes lecciones de su propia vida. Lo más habitual, por el contrario, es que implique una especie de atención *desde-hacia* que le lleva a atender al cliente desde su propia sensación de identidad. A esta forma de «conocimiento personal» se refería precisamente el filósofo de la ciencia Michael Polanyi (1958), según el cual el conocedor se mantiene en una conciencia subsidiaria mientras presta una atención focal al otro. En una reciente sesión, por ejemplo, me encontré dirigiendo un ejercicio de imaginación (mínimamente) guiado con una cliente que estaba atravesando el duelo de la muerte de su madre. Invitándola a que cerrase los ojos, le pedí que observase su cuerpo en busca de alguna sensación sentida (Gendlin, 1996) del modo en que percibía la pérdida, enlenteciendo el ritmo de mis instrucciones para alentar una «soltada» de su creación de significado, diferente del discurso más sincopado y «tenso» de nuestra conversación terapéutica previa (Kelly, 1955/1991). Lo que emergió entonces fue muy interesante porque, con una sonrisa beatífica, describió, señalando rápidamente al espacio que la rodeaba, una luz cálida y resplandeciente que, pareciendo llegar desde arriba, se derramaba sobre su cabeza y sus hombros. Advirtiendo oleadas de calor ascendiendo por mi propia columna y cuerpo, la invite a dejar que la luz entrase en ella y la envolviese. Cuando así lo hizo, se le iluminaron todavía más los ojos, esbozó una sonrisa resplandeciente y describió un delicioso cosquilleo en el abdomen, una sensación que le recordaba claramente el modo en que, cuando era niña, su madre le hacía cosquillas. Cuando concluimos este periodo de atención interna, afirmó experimentar una extraordinaria sensación de paz y conexión con su madre y expresó su clara convicción de que, de un modo

extrañamente espiritual/corporal, su madre todavía estaba con ella. Debo decir que mi propia «canalización» empática de la experiencia de los clientes, algo que me ocurre, a niveles tanto cognitivo como emocional –y a menudo hasta físicamente palpable– en la mayoría de las sesiones, representa precisamente el tipo de conocimiento *desde-hacia* que me orienta habitualmente a la posición del cliente y al «siguiente paso» potencialmente terapéutico del trabajo en que estamos inmersos. De acuerdo con mis propias predilecciones, una investigación reciente llevada a cabo con más de 1000 terapeutas experimentados ha demostrado que los que poseen una orientación constructivista evidencian una mayor conciencia de sí que los que trabajan desde una perspectiva cognitivo-conductual más racionalista (G.J. Neimeyer *et al.*, 2008).

Según el enfoque colaborativo, reflexivo y orientado hacia el proceso característico de la psicoterapia postmoderna, la postura del terapeuta consiste en un compromiso empático y respetuoso con la narración evolutiva que el cliente nos proporciona sobre su yo y su mundo. El terapeuta no decide los nuevos significados que se crearán sino que ayuda, en su lugar, al cliente a reconocer significados o constructos viejos e incompatibles y participa con él en la búsqueda de alternativas. Kelly (1955/1991) creía que los significados se ven creados y recreados a través de la interacción entre el cliente y el entorno social (Leitner y Faidley, 2002) y que, en el ámbito de la terapia, el terapeuta desempeña el papel de representante del mundo social. A ello precisamente se deben las pautas de *transferencia* que suelen darse entre terapeuta y cliente. La transferencia no es, para Kelly, una intrusión patológica en la terapia, sino el resultado inevitable del proceso humano de dar sentido. En su primer encuentro con el terapeuta, el cliente (como cualquier persona que trata de establecer una nueva relación) importará a ella los constructos de relaciones previas similares –tal y como las ve– que le permitan anticipar y «actuar» a partir de las oportunidades que le proporcione el terapeuta. El cliente, por ejemplo, puede anticipar inicialmente que el terapeuta responderá como una madre nutriente, como un padre crítico, como un sacerdote que perdona, como un médico diestro o como un amante a veces comprensivo y otras caprichoso. Pero, cuando las construcciones del pasado transferidas a las nuevas relaciones son demasiado impermeables o inflexibles para satisfacer la singularidad de la nueva relación y ser adecuadamente modificadas, pueden generar problemas. La esencia de la psicoterapia con pacientes

con historias personales de profunda perturbación puede consistir en ofrecerles una relación reparadora que les lleve a arriesgarse a permitir que el terapeuta acceda a su comprensión esencial del yo (Leitner y Faidley, 1995). El establecimiento de esta *relación de rol* (en donde una persona trata de construir el profundo proceso de dar significado de otra) es vital, siempre y cuando los implicados establezcan una relación que reconozca y respete su mutua singularidad. Esta conexión recíproca no suele implicar el despliegue por parte del terapeuta de ningún *contenido* personal en la relación terapéutica, aunque el despliegue de las *respuestas de proceso* del terapeuta a la conducta del cliente (como sentirse, por ejemplo, conmovido por el valiente enfrentamiento del cliente de un problema difícil o distanciado por su huida hacia un contenido aparentemente más superficial) puede desempeñar un papel muy útil para alentar la conciencia del cliente y aumentar la intensidad de la conexión terapéutica.

Aunque este tipo de presencia receptiva parezca tener matices místicos, también puede explicarse en otros términos. La conceptualización más adecuada al respecto nos la proporciona la relación *Yo-Tú* de Buber (Buber, 1970) que, a diferencia de una relación *Yo-Ello*, que convierte al otro en un mero objeto al que solo se tiene en cuenta en la medida en que satisface nuestros propósitos, atribuye una importancia esencialmente sagrada a la personalidad total del otro. En términos más mundanos, también resuena con el papel fundamental desempeñado por la *empatía*, la *congruencia* y la *consideración positiva incondicional* terapéutica, especialmente subrayadas por la tradición de la psicología humanista y, más en particular, por Carl Rogers (1951). La investigación empírica realizada al respecto tiende a reforzar la singularidad de las terapias constructivistas y cognitivo-conductuales, donde aquellas se caracterizan por la presencia de evaluadores independientes que manifiestan una mayor consideración incondicional y utilizan preguntas y paráfrasis abiertas, mientras que estas muestran una actitud más negativa hacia el cliente y una mayor confianza en la información transmitida y la guía directa (Winter y Watson, 1999).

Pero yo creo que la descripción de Polanyi aumenta la utilidad de estas formulaciones, porque ilustra la necesaria presencia del yo en el conocimiento relacional que es la terapia, en tanto que *fondo* implícito desde el que nuestra conciencia se dirige hacia la *figura* explícita de las palabras o acciones del cliente. También me parece interesante

destacar que, en mi opinión, el yo del terapeuta funciona, desde el punto de vista del cliente, de manera parecida, en el sentido de que presta atención a su propio material a partir de las preguntas o instrucciones del terapeuta. Para ambos, pues, la presencia del terapeuta sirve como lente de aumento de las pautas y procesos (inter)personales que tan difíciles resultan de observar en las reflexiones privadas del cliente.

16

Seguir el rastro del afecto

Si la presencia del terapeuta constituye el escenario del trabajo terapéutico, el *proceso* es el medio en el que se desarrolla el drama de la terapia. Ampliando esta metáfora, el terapeuta eficaz atiende, de igual modo que el director de una obra de teatro, al despliegue de la acción que tiene lugar en la consulta, con la salvedad de que el director es también actor y de que no hay que atenerse, en este caso, a ningún guión escrito de antemano. Muy al contrario, en el teatro de improvisación que es la terapia, el terapeuta dirige el proceso atendiendo a las señales sutiles de posible expansión, elaboración o intensificación de la acción o de la emoción en direcciones prometedoras, a veces mediante instrucciones o sugerencias explícitas aunque, con mucha más frecuencia, a través de sus propias reacciones al «papel» representado por el cliente.

Esta orientación básica hacia el proceso tiene varias implicaciones para el ejercicio de la terapia como transacción, instante tras instante, entre dos (o más) personas. Y lo mismo podríamos decir con respecto al principio determinante de la terapia que insiste en la necesidad de *seguir la huella del afecto*. Con ello queremos subrayar que la emoción significativa –por más sutil (o especialmente) presente que se halle– representa el borde más avanzado de la experiencia del cliente (como la bruma de tristeza que anuncia una pérdida inminente, el ruido de la ansiedad que augura una amenaza apenas percibida, la interferencia de la irritación que sugiere la reafirmación airada de una determinada postura o el enfado que acompaña a la transgresión de una frontera, por ejemplo). En cada uno de estos casos, el tono del sentimiento que subyace a la experiencia presente del cliente se expresa en su lenguaje gestual, proxémico, verbal, co-verbal y no-verbal. La simple indicación e invitación a elaborar estas emociones implícitas («Me parece que su mandíbula tiembla cuando dice eso. ¿Qué es lo que ahora mismo está

sucediendo?» o «¿Qué es, si pudieran hablar, lo que esas lágrimas dirían?») suele ser suficiente para que el cliente profundice en la conciencia de sí mismo, desencadenando la simbolización de un nuevo significado como paso previo a su posterior negociación (R.A. Neimeyer, 1995a). La investigación realizada al respecto ha corroborado claramente que los terapeutas constructivistas prestan mayor atención a la emoción que los cognitivo-racionalistas (G.J. Neimeyer *et al.*, 2008). Del mismo modo, el análisis detallado de las sesiones de terapia ha establecido que las terapias constructivistas de orientación humanista tienden a centrarse fundamentalmente en el proceso narrativo emocional «interno» que se despliega entre cliente y terapeuta, mientras que las cognitivo-conductuales, por su parte, suelen alentar un proceso narrativo más interpretativo y «reflexivo» (Levitt y Angus, 1999).

En otros aspectos, sin embargo, la emoción y otras modalidades (como la imaginación y la narrativa) pueden hallarse tan estrechamente entrelazadas que una desencadena automáticamente la(s) otra(s). Un ejemplo ilustrativo en este sentido nos lo proporciona el siguiente caso, extraído de una sesión de terapia con una cliente que, después de una relación interrumpida que acababa de retomar, estaba atravesando sola el duelo por la muerte de su padre. Extrañado por su afirmación de que, entre ella y los demás, había una especie de «plexiglás», le pedí que cerrarse los ojos para sentir con más claridad cómo era ese recinto y cuál era su relación con sus límites. Cuando así lo hizo, comentó que era como si se hallase en una especie de «espacio octogonal» en el que se encontraba sola y que los demás eran figuras sombrías que discurrían por el exterior. Y, cuando le pregunté cómo era el techo, me respondió que no había ningún techo, ya que el recinto estaba abierto por arriba. Visualizando la escena y tratando de obtener más detalles de su posición con respecto a las paredes («a veces tocándolas, pero sin poder nunca atravesarlas»), le pregunté por su altura.

—¡Ocho metros! –respondió sin vacilar.

—Ocho metros y ocho paredes… hmmm… ¿Y tiene el número *ocho* algún significado especial para usted?

Inmediatamente mi cliente rompió a llorar con un leve gesto de asombro.

—¡Sí, mi padre murió un día ocho!

Las paredes aparentemente infranqueables e irreductibles en las

que se sentía encarcelada eran las paredes de su dolor, que la alejaban del contacto con otros seres humanos. Elaborando la imagen un poco más, describió el recinto como una especie de acuario y a sí misma como un pez observado por un mundo que se hallaba fuera de su alcance. Ella aceptó con entusiasmo mi sugerencia, al terminar la sesión, de escribir un corto relato metafórico con el título *La vida en una pecera* como forma de ampliar la imagen para así poder centrar nuestra atención, en la siguiente sesión, en los sentimientos y significados asociados.

Con independencia de que presten atención a los aspectos estrictamente físicos de la emoción o al modo en que resuenan a través de una historia o imagen significativa compartida en la terapia, los terapeutas constructivistas contemplan la emoción de un modo diferente a quienes operan desde un marco de referencia cognitivo-conductual. Los teóricos de los constructos personales, por ejemplo, interpretan las emociones como indicios de un cambio incipiente en nuestros constructos esenciales que cumplen con la función de mantener nuestra sensación de identidad y nuestras relaciones (Kelly, 1955/1991), como cuando la ansiedad del cliente indica que está enfrentándose a una experiencia sin contar con los medios necesarios para anticiparse o darle sentido. Por su parte, los terapeutas centrados en la emoción que trabajan desde un marco de referencia más constructivista (Greenberg, Watson y Lietaer, 1998), subrayan la relación existente entre emociones primarias y emociones secundarias, como en el caso de una cliente cuya angustia y aquiescencia con sus compañeros de trabajo operaba como defensa de su miedo más básico al aislamiento y abandono, un desagradable sentimiento familiar que albergaba desde su infancia con sus padres distantes. Finalmente, los constructivistas se inspiran en el concepto de emoción de Mahoney (1991) como forma de conocimiento intuitivo, en lugar de una fuerza irracional que haya que adaptar a las evaluaciones racionales de una determinada situación. De este modo, rara vez consideran el afecto, incluso el afecto negativo, como un problema que deba ser eliminado, controlado, abordado, minimizado o enfrentado a través de la distracción, como es el caso con otras formas cognitivo-conductuales de terapia.

17

Privilegiar la experiencia sobre la explicación

Un corolario del principio que invita a seguir el rastro del afecto es que *todo cambio terapéutico se origina en momentos de intensidad experiencial* y todo lo demás es mero comentario. Es decir, aunque las intervenciones más poderosas no necesiten ser llevadas a cabo de manera imperiosa ni centrarse tampoco en una discusión estrictamente cognitiva, deben tratar de proporcionar al cliente una mayor conciencia y claridad y la posibilidad de comprometerse en una *experiencia* emocionalmente significativa. El trabajo, anteriormente mencionado, con la mujer que se vio inundada por una conexión resplandeciente con su madre constituye un ejemplo evidente en este sentido: una vez que tuvo esa experiencia, consolidarla descriptivamente reformulándola como una conexión con su madre no solo resultó importante, sino útil también para ayudarle a mantener la experiencia, a través del «vínculo de la palabra», del sentimiento corporal preverbal, como hubiera dicho Kelly (1955/1991). A falta de experiencia, sin embargo, la simple discusión del cambio de relación con su madre no hubiera sido más que un discurso abstracto despojado de originalidad y referente concreto y de efecto, en consecuencia, efímero. Esta tendencia evidente a explorar y discriminar entre los diferentes aspectos de la experiencia, atendiendo a fuentes internas y externas de información, como preludio a la integración en una nueva perspectiva, ha sido identificada como otro de los rasgos que diferencia, en la investigación del proceso psicoterapéutico, el abordaje constructivista de las terapias cognitivas (Winter y Watson, 1999).

18

Ir cabalgando la ola

Otro principio determinante del proceso terapéutico es la *sincronización (timing)*. Se trata de un principio descriptivamente fácil de entender, porque consiste en encontrar la intervención más oportuna para un determinado momento. Pretender algo demasiado pronto, antes de que el aspecto más avanzado del cliente se halle en condiciones de admitirlo, genera resistencia, en el peor de los casos, o complacencia intelectual o conductual, en el mejor de ellos, mientras que perseguirlo demasiado tarde detiene el impulso de avance del cliente o reafirma redundantemente lo que ya está suficientemente claro. Esos son los dos «pecados» capitales de la terapia constructivista, a los que se conoce como *errores de rastreo* (R.A. Neimeyer y Bridges, 2003), en los que el terapeuta pierde el contacto con el borde más avanzado de la creación de significado del cliente, como el surfista que, al inclinarse demasiado hacia delante en la cresta de la ola, acaba cayendo o el que, al inclinarse demasiado hacia atrás, pierde impulso y acaba deteniéndose. Un ejemplo de esto nos lo proporciona mi, de otro modo eficaz, trabajo con Darla, una madre afligida por la muerte de su hijo que había descrito diez minutos antes de la sesión, el modo en que otros miembros de su familia que, ante el dolor de su pena compartida, se refugiaban en el silencio y la dejaban sola cada vez que sacaba a relucir el tema (R.A. Neimeyer, 2004). En la última terapia, había descubierto que no era necesario relacionarse con su sufrimiento «como si del enemigo se tratara». Preocupado todavía, a cierto nivel, por la falta de disposición de su familia a compartir la pérdida, hice una pausa y le dije: «Parece importante contar con personas que respeten su sufrimiento, del modo en que [su hijo] lo habría respetado». Aunque la afirmación fuese, en cierto modo, verdadera, no se ofreció en el momento adecuado y, después de mirarme directamente con una expresión de extrañeza dijo, mirando

hacia otro lado de un modo que sugería que seguiría su propia línea de pensamiento: «¡Ah!». Y, cuando volviendo a centrar mi presencia en su proceso, pregunté: «¿Y qué significa ese "¡Ah!"?», ella aceptó rápidamente mi invitación para ampliar las implicaciones de su comentario en direcciones muy provechosas que nos llevaron a iniciar un diálogo con el sufrimiento, personificándolo para mantener el antropomorfismo implícito desde el que había señalado la necesidad de encontrar un modo de «trabajar» con ese aparente antagonista. Solo con una sincronización adecuada, derivada de una sintonía fina con el proceso del cliente, puede la intervención encontrar el suelo fértil imprescindible para germinar y abrirnos a nuevas posibilidades.

Cultivar la sensación de sincronización, como algo opuesto a una mera *descripción*, es algo, no obstante, muy difícil. Como ya hemos dicho anteriormente, la presencia nos proporciona una cierta distancia que nos ayuda a advertir los saltos, inclinaciones, implicaciones y posibilidades inherentes a la presentación del cliente en todos y cada uno de sus turnos de palabra y en niveles tanto representados como narrados. Además de esta advertencia básica, me parece útil orientarse hacia la cuestión implícita: «¿Qué necesita mi cliente, en este mismo instante, para dar un paso hacia adelante?» A veces, obviamente, la respuesta es *nada* ya que, según la cuidadosa investigación del proceso psicoterapéutico llevada a cabo por mis colegas Frankel, Levitt, Murray, Greenberg y Angus (2006), basta, para ello, con abrir un silencio productivo que proporcione al cliente el espacio necesario para un procesamiento adicional. Pero incluso esta forma de espera resignada constituye una respuesta, como lo son también el arqueo de cejas, la sonrisa de reconocimiento, la inclinación hacia delante o el ceño fruncido que, en sus diversas formas, representan una invitación a hacer o decir algo más. Como sucede en el caso de intervenciones más evidentes, formadas por preguntas, estímulos o instrucciones, todas esas respuestas requieren una lectura intuitiva de su adecuación al cliente y al momento presente. En este punto me parece útil la definición de Jung de que «el proceso intuitivo no es una sensación-percepción, un pensamiento ni un sentimiento… [sino más bien] una de las funciones básicas del psiquismo, es decir, *la percepción de las posibilidades inherentes a una determinada situación*» (Jung, 1971). El terapeuta es más eficaz cuando busca, encuentra y conecta intuitivamente con esta sensación emergente de posibilidad. El descubrimiento de que los terapeutas constructivistas reconocen una mayor apertura a la experiencia que sus colegas cognitivos más

racionalistas (G.J. Neimeyer *et al.*, 2008) también coincide con esta orientación hacia el proceso.

19

El empleo del poder de la poesía

Podríamos formular un principio adicional del proceso diciendo que «es mejor, para lograr un máximo impacto, expresarse poética que prosaicamente».1 La mayor parte del discurso terapéutico tiene un carácter eminentemente práctico, descriptivo y representacional, cuya proximidad al lenguaje de la vida cotidiana (y del cliente) le permite abordar de manera inteligible las realidades ordinarias del mundo del cliente. Pero una terapia que no se eleve ocasionalmente más allá, para destacar u ofrecernos una imagen menos literal y más rica del problema, posición o posibilidades del cliente, fracasa en el objetivo básico de Kelly (1977) de *trascender lo evidente*, es decir, de no limitarse a cartografiar las realidades corrientes sino formularlas, en su lugar, en un lenguaje nuevo y metafórico que aliente la transformación. Al escuchar, durante mis estudios universitarios, las grabaciones terapéuticas de Kelly de su trabajo con un cliente tan formal como cerrado, me sorprendió muy gratamente la frecuencia con la que apelaba a un lenguaje poético y evocador como cuando, refiriéndose a su cliente dice, por ejemplo: «Y ahí tenemos al hombre, al hombre en su esfera vacía…», como un acicate que le permitía profundizar más allá de la letanía de quejas semanales que le mantenían confinado dentro de sus pautas insatisfactorias de relación.

Aunque el uso por parte del terapeuta de un lenguaje poético suele ser, en este sentido, muy poderoso, también puede estar abocado al fracaso si no logra, como hemos dicho, satisfacer el doble requisito de seguir el rastro del afecto de su cliente y de ser oportuno. Un antídoto contra el entusiasmo desmesurado del terapeuta consiste en prestar atención a los *términos cualitativos*2 presentes en el habla del cliente, es decir, los giros lingüísticos que revelan con especial claridad y precisión su postura. Me refiero concretamente a las tres grandes categorías siguientes: el uso que hace el cliente de las metáforas, las

inflexiones co-verbales (es decir, las variaciones en la prosodia o intensidad del habla) y las expresiones faciales y gestuales con las que subraya su discurso. El caso de Susan que, según me dijo, experimentó una desacostumbrada sensación de confianza mientras cuidaba a su madre moribunda, constituye un claro ejemplo en este sentido. En respuesta a mi pregunta por el modo en que su madre reaccionaba al respecto, reconoció que «tiene dificultades en aceptar… hum… esta nueva *fachada* mía». Después de dejarle que terminase de expresar su nueva fortaleza, volví al aspecto cualitativo de su declaración, subrayado tanto por su énfasis vocal como por su alta carga metafórica diciéndole:

—Acaba de decir que su madre tuvo, al comienzo, dificultades en aceptar esa nueva *fachada*…

—¿He utilizado la palabra «fachada»? –me interrumpió entonces Susan.

Y, después de responder positivamente a su pregunta, le señalé que la palabra era un sinónimo también de algún tipo de *máscara*, es decir, de algo cuya realidad es sólo *superficial*.

—Es cierto, es cierto –replicó ella–. Es como un *vestido* recién estrenado… pero la verdad es que, cuanto más lo utilizo –dijo, moviendo hombros y brazos como si estuviese probándose una chaqueta nueva–, más cómodo me resulta.

Luego reconoció que el manto de la confianza le parecía ahora más adecuado y subrayó la valoración positiva que le habían dado, con respecto a esa fortaleza permanente, sus hijas y su hermana, mujeres por cierto muy independientes. La atención sutil al modo en que una determinada persona describe su experiencia nos permite acceder a su marco interno de referencias y constituye un rasgo que diferencia, en la investigación sobre el proceso terapéutico, a las terapias constructivistas de sus primas hermanas, las terapias cognitivo-conductuales (Winter y Watson, 1999).

El apoyo más sorprendente del poder de la metáfora en la terapia nos lo proporciona Martin (1994), un caso que ilustra el vívido recuerdo que dejan en el cliente, meses después del episodio, las intervenciones ricamente alegóricas de sus terapeutas, que a menudo emergen de metáforas originalmente esbozadas por el cliente o contribuyen a asentarlas. Se trata, como subraya Martin, de las expresiones cualitativas utilizadas por el cliente para cuestionar su propia teoría del problema y del yo que lo sostiene. El empleo de la

terapia como forma de *retórica*, es decir, como un uso ingenioso del lenguaje para alcanzar objetivos prácticos, pone de relieve el importante papel que desempeñan, en el proceso terapéutico, la atención y el uso de un lenguaje alegórico y poético.

1. En los últimos años, me he tomado a mí mismo, en este sentido, mucho más literalmente tanto dentro de la consulta como fuera de ella. Un resultado de esa nueva actitud ha sido *Rainbow in the Stone* (R.A. Neimeyer, 2006b), una colección de poemas inspirados por la relación con mis clientes y con el mundo en general.
2. Debo esta expresión a mi colega Sandy Woolum, terapeuta y formadora que trabaja en Duluth (Minnesota).

20

En busca de la mínima estructura

El procedimiento es, de la tríada de prácticas terapéuticas aquí esbozadas, la más concreta. Mientras que la *presencia* coloca al terapeuta atento y responsable en un campo intersubjetivo compartido con el cliente y la atención al *proceso* destaca los cambios sutiles que experimenta su comunicación, los *procedimientos* terapéuticos concretos apuntan a objetivos específicos y se basan en estrategias de cambio identificables. Veremos ahora algunos de los parámetros procesuales básicos a los que se atiene la terapia constructivista y seguidamente ilustraremos varias técnicas distintivas a las que, con la intención de alentar la reflexión y el cambio terapéutico, suele apelar.

La práctica de la psicoterapia postmoderna no se caracteriza por una agenda establecida de antemano. Varios terapeutas constructivistas contemporáneos han secundado el consejo de Kelly de que la terapia sea lo más eficaz posible, como ilustra la duración de una a seis sesiones que caracteriza a la llamada terapia de coherencia (Ecker y Hulley, 1996). Por otra parte, algunos consejeros constructivistas adoptan el modelo de la terapia como una «consulta intermitente a largo plazo», en donde el terapeuta permanece ocasionalmente disponible como guía o «compañero de viaje» que ayuda al cliente a superar las inesperadas encrucijadas y salir de los callejones sin salida con los que tropieza a lo largo de su viaje vital (Mahoney, 1991). Algunos terapeutas constructivistas de orientación evolutiva llegan incluso a planificar, en un intento de poner de relieve y reestructurar la postura afectiva del cliente en sus relaciones íntimas, largas terapias intensivas que pueden requerir años de trabajo (Arciero y Guidano, 2000; Guidano, 1995). El ritmo de las sesiones es, de igual modo, variable. La terapia de rol fijo de Kelly (1955/1991) suele requerir varias sesiones de práctica y de procesamiento durante un periodo de dos a tres semanas en el que el cliente se enfrenta al

reto de representar, en su entorno social, nuevos roles o identidades, mientras que las terapias familiares de orientación postmoderna suelen llevarse a cabo sobre una base mensual para que, de ese modo, el sujeto disponga del tiempo suficiente para integrar, durante el tiempo que transcurre entre una sesión y la siguiente, los cambios inducidos (Procter, 1987). Los ejemplos indican que *quién* asiste a las sesiones puede variar tanto como *cuándo* debe hacerlo y la mayoría de los profesionales postmodernos tienden, en consecuencia, a pasar suavemente del foco individual al relacional y viceversa, con una participación cambiante dentro de una determinada terapia en consonancia con objetivos inmediatos relevantes (Efran, Lukens y Lukens, 1990). De igual modo, los innovadores formatos de las terapias de grupo, como el grupo de transacción interpersonal (R.A. Neimeyer, 1988) y el grupo de conciencia del yo múltiple (Sewell, Baldwin y Moes, 1998), promueven la alternancia sistemática entre la reflexión individual y diádica, seguida de un procesamiento en el que participa todo el grupo o por representaciones basadas en los resultados de la exploración personal. Es por ello que, aunque la regla general sea la de satisfacer los objetivos terapéuticos con la menor estructura posible, el grado de estructura puede variar considerablemente de una sesión a otra. Esta tendencia, pues, a la flexibilidad y la amplitud diferencia claramente a los terapeutas constructivistas de los terapeutas con una orientación cognitivo-racionalista, que tienen una visión mucho más estrecha y rígida de la estructuración de la sesión (G.J. Neimeyer *et al.* 2008).

21

El rastreo de objetivos cambiantes

El objetivo terapéutico de las terapias postmodernas rara vez se ve impuesto por el terapeuta y, de hecho, suelen ser esbozado de un modo un tanto impreciso por el cliente antes incluso, en ocasiones, de su implicación en el proceso terapéutico. Lo que sí suele estar claro para ambos es que el cliente experimenta alguna forma de malestar y que hay algo en el modo en que se compromete con su entorno social que le resulta doloroso, quizás de un modo recurrente. Además, sin embargo, del alivio de ese malestar, las implicaciones de la queja inicial suelen requerir alguna elaboración adicional que lleve muy probablemente al problema a atravesar una etapa de cambio y redefinición (Kelly, 1955/1991). A diferencia, pues, de las visiones que subrayan la importancia de establecer, desde el inicio mismo de la terapia, objetivos terapéuticos claros y concretos, las visiones postmodernas tienden a alentar, durante la sesión terapéutica, la sensación de «amplitud», un encuentro mínimamente estructurado en el que la «sensación sentida» originalmente difusa del problema se articule de un modo que nos proporcione la mayor claridad y dirección posibles (Gendlin, 1996).

Pero la desconfianza con la que contemplan las sesiones supeditadas a una agenda no implica, en modo alguno, que las terapias constructivistas sean erráticas, ineficaces o carentes de toda dirección. Muy al contrario, como hemos señalado anteriormente, el terapeuta trata de focalizar precisamente su atención, durante todo el contacto terapéutico, en el «borde de avance» representado por los sentimientos, preocupaciones, comprensión o disposición a la acción del cliente que merezcan más atención y extensión. Y esta postura puede encontrar expresión en las preguntas que, al comienzo de la sesión, esboza el terapeuta como, por ejemplo: «¿Qué se siente preparado para conseguir hoy?», «¿Qué quisiera hacer durante esta

sesión?» o «¿Hay algo que, desde nuestro último encuentro, le resulte más claro?» También sugiere, además, la importancia de buscar «marcadores» específicos de «tareas» implícitas que el cliente esté en condiciones de emprender en ese momento concreto de la terapia (Greenberg, Elliott y Rice, 1993), como la «situación inconclusa» con su padre que, en el caso de Joanne con el que abríamos el presente libro, reveló la importancia de mantener un diálogo imaginario a dos bandas. Este enfoque se sirve de la interacción instante tras instante entre cliente y terapeuta como la forma más eficaz y segura de identificar los objetivos del proceso más relevantes para la terapia, en lugar de adoptar agendas genéricas aplicables a un amplio abanico de problemas (como, por ejemplo, depresión o ansiedad social) o de clientes (por ejemplo, «borderlines» o supervivientes de traumas). Las terapias postmodernas no son pues, en opinión de Mahoney (1988), «teleológicas» (es decir, orientadas hacia un objetivo establecido de antemano), sino «teleonómicas» (es decir que despliegan, con el paso del tiempo, una evolución significativa cuyo desenlace final no puede hallarse previamente establecido).

22

Alentar la reflexividad del cliente

Bien podríamos decir, a un nivel más abstracto, que las terapias postmodernas aspiran a ciertos *objetivos finales*, entre los que cabe destacar el fortalecimiento de la capacidad de reflexión o de autoconciencia del cliente y su capacidad para el cambio (Rennie, 1992); la sensibilidad relacional y la apertura, a niveles muy diversos, a los demás (Leitner, 1995); el empoderamiento o la sensación de tener en cuenta su «voz» (Brown, 2000b) y la puesta en práctica y afirmación social de una narración favorita de uno mismo (Eron y Lund, 1996).

Como sucede con muchos enfoques humanistas, la psicoterapia postmoderna construye el cambio, hablando en términos generales, partiendo de la capacidad de dar sentido del cliente (Bohart y Tallman, 1999). Aunque la relación dialogal entre cliente y terapeuta ponga de relieve nuevas posibilidades, las adaptaciones vitales permanentes se derivan, en última instancia, de la acción y la comprensión del cliente. Así pues, los planes e intervenciones del terapeuta solo tienen un papel estimulante como factores curativos que sirven fundamente para identificar los procesos inadaptados de creación de sentido del cliente y las modalidades de relación que han dejado ya de ser útiles. Las técnicas concretas no son útiles porque, en sí mismas, provoquen el cambio, sino porque ayudan a perfilar las actividades personales de creación de significado del cliente.

Las reflexiones que el cliente lleve a cabo acerca de sus construcciones o narrativas vitales problemáticas, tan apreciadas por la mayoría de terapeutas postmodernos, se ven a veces –aunque no siempre– corroboradas por las interpretaciones históricas del modo en que esas pautas se originaron durante las etapas formativas de la vida del cliente. Pero la «interpretación» que, en este caso, resulta esencial,

rara vez es la del terapeuta, sino que es el significado que el cliente atribuye a esas pautas el que desencadena la comprensión y el correspondiente cambio de conducta. Los terapeutas adscritos a esta perspectiva suelen evitar, por tanto, las interacciones altamente interpretativas y focalizan su atención, por el contrario, en las intervenciones experienciales (como ilustran los casos que presento a lo largo de este libro) que ayudan al cliente a enfrentarse adecuadamente a circunstancias que contribuyeron a la adopción de una pauta limitadora que ha ido perpetuándose en la vida cotidiana. No es necesario, para asumir la metateoría constructivista, que las interpretaciones aplicadas a la vida del cliente sean *literalmente* ciertas (como determinar, por ejemplo, si los abusos paternos fueron reales o no), siempre que se correspondan con la verdad *emocional* del cliente (Ecker y Hulley, 1996) y que sus implicaciones sean útiles para enfrentarse al futuro de un modo nuevo (Kelly, 1969). Y es por ello que las diferentes versiones constructivistas de la terapia psicodinámica contemporánea no se centran tanto en la «verdad histórica» del cliente como en su «verdad narrativa» (Spence, 1982).

Si existen, en las terapias postmodernas, «habilidades» relevantes para alentar el cambio, estas se centran principalmente en la capacidad del cliente para explorar la sutil interrelación existente entre la construcción social y personal de significados, es decir, en la capacidad de simbolizar, articular y renegociar aquellas construcciones del yo y el mundo que alientan u obstaculizan la adaptación a las experiencias cambiantes de la vida (R.A. Neimeyer, 1995a). El objetivo último de las terapias constructivistas consiste, en este sentido, en ayudar al cliente a convertirse en *conocedor de su propia experiencia*, dejándole en una posición más adecuada para darse cuenta de las implicaciones de su narración actual y elaborar y poner en marcha otras narraciones.

23

Hacernos amigos de la resistencia

Como habitualmente sucede con la psicoterapia tradicional, la mayoría de los abordajes cognitivo-conductuales consideran negativamente la resistencia del cliente al «trabajo» terapéutico como un déficit motivacional, una muestra de indisciplina, la evitación deliberada de una situación difícil o dolorosa o una reacción contra el control del terapeuta. Es por ello que, con el fin de superar ese tipo de resistencias al progreso terapéutico, el terapeuta suele apelar a un amplio rango de técnicas, como la psicoeducación, la activación conductual y el aumento del poder de las contingencias de refuerzo, que permitan a los clientes elegir entre un amplio abanico de tareas para realizar en casa.

Los psicoterapeutas postmodernos, por su parte, tienden a considerar la resistencia como una *elección ambivalente* o una forma necesaria de *autoprotección*, dos visiones que exigen del terapeuta una respuesta diferente (Frankel y Levitt, 2006). Los teóricos de los constructos personales, por ejemplo, consideran que la resistencia al cambio es una respuesta adaptativa del cliente ante la amenaza que el cambio supone para su forma habitual de entender el mundo (Kelly, 1955/1991). Es precisamente por ello que, para identificar los constructos más refractarios al cambio (ver arriba), se han diseñado técnicas de evaluación concretas y que abordajes como la terapia de rol fijo mitigan la amenaza del cambio permitiendo al cliente colocarse, cuando experimentan nuevos roles que no contradicen sus construcciones previas de los demás y de sí mismos, la máscara protectora del «fingimiento».

La resistencia, de hecho, suele ser más evidente cuanto más esenciales son los constructos cuestionados (como, por ejemplo, los constructos que definen la identidad y pueden, en consecuencia,

abrirnos una ventana al proceso de mantenimiento de los síntomas). La terapia de coherencia de Ecker y Hulley (2008) acoge de buen grado, como veremos posteriormente, la resistencia que suele aparecer cuando el terapeuta solicita a su cliente que, sin recurrir a su habitual conducta sintomática, visualice alguna situación familiar problemática. No es de extrañar que, en tales casos, el cliente se muestre incapaz –aunque solo sea de un modo imaginario– de asumir una postura libre de síntomas, permitiendo que el terapeuta le entreviste directamente tratando de averiguar qué le ha llevado a asumir esa forma sintomática de ser conscientemente problemática, aunque inconscientemente necesaria.

Desde una perspectiva algo distinta, los terapeutas narrativos (White y Epston, 1990) responden a los esfuerzos realizados por el cliente para superar una determinada pauta problemática (como veremos a continuación) *exteriorizando el problema* y se unen después a ellos para analizar el «efecto real» que tiene sobre sus vidas. Y luego les invitan a hablar como si se tratara del problema dominante (como, por ejemplo, el alcohol, la ansiedad, etcétera), describiendo de modo claro y vívido su «relación» con los clientes a lo largo del tiempo y acumulando, a lo largo de ese proceso, una resistencia sobre otra (ver, por ejemplo, R.A. Neimeyer, 2006a). «Hacerse amigo» o «dialogar», de ese modo, con la resistencia, en lugar de limitarse a interpretarla o seguir las indicaciones del terapeuta, puede ser una forma muy adecuada de alentar el avance terapéutico. Frankel y Levitt (2006) nos proporcionan una explicación completa, desde la perspectiva de diferentes modalidades de psicoterapia constructivista postmoderna, sobre la conceptualización y las respuestas estratégicas a la resistencia del cliente.

24

Una revisión del trabajo para casa

Como sugería en mi exposición sobre la estructura terapéutica, el establecimiento de objetivos y el uso de determinados procedimientos (como los enumerados bajo el epígrafe de la evaluación y la psicoterapia), algunas, aunque no todas las modalidades de práctica postmoderna, valoran muy positivamente las actividades llevadas a cabo entre una sesión y la siguiente. Esta iniciativa puede originarse tanto en el cliente como en la recomendación explícita del terapeuta, aunque también puede derivarse de un amplio rango de tareas orgánicamente conectadas con la sesión y sugeridas por el terapeuta. Estas pueden variar desde la sencillez de las notas de tareas de la posición prosíntoma (PPS) empleadas en la terapia de coherencia, hasta la minuciosidad del «bosquejo de carácter» como si uno fuese el protagonista de un libro o de una película o tuviese que representar un papel hipotético en el mundo social, como sucede, por ejemplo, en la terapia de rol fijo de Kelly (1955/1991). Aunque se han diseñado, en este sentido, diferentes tareas que los constructivistas utilizan con relativa frecuencia (los lectores interesados en hacerse con un arsenal de herramientas de estos métodos y de sus correspondientes ejemplos clínicos harían bien en ver R.A. Neimeyer y Winter, 2006), la terapia constructivista es, hablando en términos generales, menos restrictiva que otras modalidades de terapia cognitiva, para las cuales los mecanismos esenciales del cambio residen en distintas formas de monitorización de uno mismo y esfuerzos explícitos de modificación de conducta (Kazantzis y L'Abate, 2006). El escepticismo general con el que los practicantes postmodernos contemplan el uso indiscriminado de tareas adicionales asignadas por el terapeuta refleja su convicción de que el cambio no es tanto el resultado de un programa esbozado por el terapeuta como de la actividad del cliente (Bohart y Tallman, 1999), de ahí que no suelan apelar a

prescripciones terapéuticas de alto nivel.

25

Articular la posición prosíntoma

Las terapias constructivistas tienden a ser, como bien dijo Kelly (1955/1991), «técnicamente eclécticas, pero teóricamente coherentes» y alientan el uso de estrategias de cambio diferentes dentro del marco de una comprensión integradora, aunque también evolutiva. Me centraré ahora, para ilustrar la diversidad de estos métodos, en dos abordajes relativamente complementarios derivados, respectivamente, de un modelo constructivista de corte individualista y de un modelo construccionista social de orientación más cultural, cada uno de los cuales realiza su propia aportación al detallado estudio de caso con el que concluiremos este libro.

La *terapia de coherencia* (Ecker y Hulley, 2008), denominada originalmente Terapia Breve de Orientación Profunda [DOBT, de Depth-Oriented Brief Therapy] (Ecker y Hulley, 1996), aspira a producir cambios rápidos poniendo de relieve y transformando las construcciones inicialmente inconscientes de la realidad que hacen que, pese al sufrimiento real que pueda generarle, al cliente le resulte imprescindible mantener el problema. Esta creencia central en la *coherencia del síntoma* parte de la base de que, lejos de reflejar un *trastorno*, el problema o síntoma que presenta un cliente refleja, en realidad, un *orden* oculto, puesto que emerge de la activación de constructos personales concretos que configuran la percepción que tiene de una determinada situación, de sí mismo y de su entorno social. La metodología de este enfoque consiste en dirigir activamente al cliente hacia el encuentro vivencial con esos mismos constructos como requisito para su posterior integración y transformación.

El cliente suele iniciar la terapia identificándose conscientemente con una *posición antisíntoma*, que le lleva a contemplar el síntoma (la depresión, la inseguridad, la postergación o la espiral de discusiones

con su pareja, por ejemplo) como un obstáculo innecesario en su vida. En las terapias tradicionales cognitivo-conductuales, el consejero y el cliente trabajan juntos combatiendo el problema y tratando de contrarrestarlo directamente mediante la aplicación de técnicas específicas (como la activación conductual o la reestructuración cognitiva, por ejemplo) o el desarrollo, para manejarlo, de estrategias compensatorias de enfrentamiento. En la terapia de coherencia, por el contrario, el consejero trabaja experiencialmente con la intención de identificar la *verdad emocional* del síntoma, es decir, la *posición prosíntoma* inconsciente que lo convierte en algo vital. Solo la integración completa de esta actitud en el conocimiento consciente del cliente puede llevarle a reconocer que ha dejado de tener importancia en su vida, yuxtaponiéndolo a otros conocimientos vívidos o reconociendo alternativamente su valor adaptativo provisional y realineando los objetivos de modo que el «síntoma» deje de ser un problema y se convierta en una *decisión*. De ese modo, la terapia de coherencia representa una profunda implementación de las premisas agente-personales del marco de referencia epigenético que se hallan en la raíz misma de la producción de los síntomas.

Son cuatro los factores que determinan el éxito de la terapia de coherencia (Ecker y Hulley, 2000). En primer lugar, el terapeuta necesita comprometerse y validar empáticamente el sufrimiento real que los síntomas provocan en el cliente. La asunción de que el problema cumple con funciones profundas no mitiga, por sí sola, el dolor que genera en el cliente o en otras personas importantes de su vida. En segundo lugar, la posición prosíntoma inconsciente que convierte al síntoma en algo imprescindible debe ser descubierta *experiencialmente* por el cliente y estimulada por cualquiera de las diferentes modalidades de *cuestionamiento radical* llevadas a cabo por el terapeuta. No se trata, por tanto, de que un terapeuta perspicaz y omnisciente se limite a proporcionar una «comprensión» intelectual. En tercer lugar, resulta imprescindible integrar completamente los temas y propósitos concretos de esa realidad emocional en la conciencia del cliente subrayándolos, en ocasiones, mediante un trabajo de autoconciencia efectuado al finalizar cada sesión, como en el resumen del caso que presentamos más adelante. En cuarto y último lugar, hay que mencionar la transformación de la anterior creación de significado de un modo más congruente con los temas y propósitos que subyacen a los síntomas manifestados. Dado que este enfoque terapéutico profundiza, desde la primera sesión, en cuestiones

importantes, el cambio suele ser rápido y, si tiene lugar un enlentecimiento de la terapia, este se debe más a la timidez del terapeuta que a la resistencia del cliente.

El caso de Nora, una ejecutiva de cuarenta años, ilustra perfectamente este tipo de metodología. Nora me fue remitida por su psiquiatra para llevar a cabo una «terapia cognitiva» que la ayudase a gestionar su ira, especialmente intensa en la relación con su marido Brian, con el que llevaba ocho años casada. En sus comentarios iniciales, Nora no tuvo problema alguno en reconocer que, pese a ser «muy funcional» en su vida laboral, se sentía fácilmente provocada por su marido y se enfadaba muy rápidamente con él, cosa que la preocupaba cada vez más, porque no quería que su hijo pequeño presenciara esos estallidos. Nora era, por otra parte, la primera en sentirse confundida por esa conducta, ya que no encontraba justificación alguna a esos ataques temperamentales (como, por ejemplo, algún tipo de abuso o agravio por parte de Brian, la sospecha de que su marido mantuviese una relación extramarital o una adicción al alcohol o las drogas por cualquiera de ambos). No siendo una extraña a la terapia, Nora se mostró dispuesta a trabajar conmigo poniendo en práctica diversas estrategias de autocontrol, aunque dos años de esfuerzos invertidos en el intento con un competente terapeuta cognitivo solo le habían proporcionado un alivio efímero, mientras que un cursillo subsecuente de terapia de pareja había tenido efectos parecidos. Alertado por el fracaso de abordajes que trataban de reprimir o anular el síntoma mediante argumentos racionales, contratos de pareja y otros procedimientos similares, decidí, en su lugar, empezar pidiéndole que me proporcionase un ejemplo reciente y concreto de la escalada. Ella no tuvo problema alguno en reconocer varios de esos ejemplos ocurridos durante la pasada semana, como cuando «atacó» a Brian por haber «derrochado» el dinero contratando a un jardinero –pese a su desahogada economía– o le espetó insultos como «idiota» por haberse dejado el grifo abierto y otras cuestiones aparentemente menores. Brian, por su parte, también podía contraatacar, pero rara vez hasta el punto de tratar de «imponerse» y, por lo general, se retiraba a un rincón «a lamerse sus heridas».

Desde su *posición antisíntoma*, Nora se sentía sinceramente dolida y avergonzada de estos altercados y conscientemente deseaba «aprender a respetar a Brian, en lugar de no dejar de atacarle sacando a relucir sus defectos». Yo, por mi parte, utilicé la técnica de *privación del síntoma*, pero no como una forma de «ensayo cognitivo» destinado a

provocar un cambio de conducta, sino con la intención de identificar a esa parte de sí misma que se resistía a ese estado aparentemente idílico. Pidiéndole que cerrarse los ojos, le propuse que se visualizara junto a Brian en casa, leyendo, charlando o llevando amablemente a cabo las tareas domésticas y que se dijera simplemente a sí misma: «Esto es muy adecuado y me hace sentir bien». A los pocos segundos, sin embargo, Nora frunció el ceño en un gesto de desaprobación y reconoció tranquilamente: «Mi primer "impulso" ha sido el de buscar algo para criticarle… La presión para hacerlo simplemente va en aumento… Es como si solo pudiera relacionarme con él discutiendo». Dándome así cuenta de la emergencia de una posición prosíntoma anteriormente oculta, cogí un post-it, en el que escribí: «Necesito, para aliviar mi tensión, encontrar algo en Brian que pueda criticar porque, en caso contrario, no tendríamos nada que decirnos. Solo podemos relacionarnos a través de la discusión». Pasándole luego esa *afirmación abierta* en forma de nota, le pedí que la leyera lentamente en voz alta, permitiéndose cualquier corrección que quisiera introducir para que resultase emocionalmente más verosímil. Después de leerla y considerarla atentamente, asintió con la cabeza y, levantando la mirada, dijo: «Sí, supongo que es *correcto*». Nora entonces asoció esas palabras a la «furia descontrolada» de su padre, «triste legado» –en su opinión– de una vida que, por lo demás, respetaba y trataba de emular. «Toda mi vida –añadió– no ha sido más que una larga batalla para acabar con esto y descubrir otras formas de comunicarme.» Entonces escribí una segunda nota todavía más concisa, que también leyó en voz alta y que decía: «Pero, al final, me siento más triste y enfadada que desconectada», que nuevamente reconoció cierta. Dándome cuenta entonces de que esa línea asociativa encerraba más verdad emocional, le pedí que cerrase los ojos y cobrase sencillamente conciencia de lo que pasaba cuando le invitaba a completar la frase: «Si no me peleo con Brian y le critico, entonces…» La respuesta de Nora nos sorprendió a ambos porque, después de mirarme desconcertada, respondió: «Tendré miedo». Pero, cuando le pregunté «¿Miedo a qué?», no recibí respuesta alguna.

Intentando un abordaje diferente y menos verbal, invité a Nora a que explorase su cuerpo tratando de observar la zona en la que sentía más intensamente el miedo. Pasados unos instantes, dijo, señalando con un gesto la frente:

—Al comienzo estaba en mi cabeza, como si fuese una especie de dolor en la frente y en el lado izquierdo de mi cara… pero luego

también empezó a dolerme *aquí*» [formando con sus manos un paréntesis a la altura del abdomen].

—¿Y tiene esa sensación en su abdomen alguna forma o color? –pregunté tranquilamente, al cabo de unos instantes:

—Lo tenía –dijo– y era algo *oscuro* y *duro*.

Y, cuando le pedí que se explayara un poco más, Nora siguió describiéndolo una forma *creciente*, como «una frontera, una especie de límite… algo que impide el avance a todo lo que trata de expandirse más allá».

Al cabo de unos instantes, le pedí que se imaginase expandiendo un poco la frontera y constatase si se producía algún cambio emocional. Cuando forjó de inmediato una imagen de la disolución del límite, le sobrevino un desbordamiento de inseguridad, tristeza y llanto, al tiempo que balbucía: «No sé con qué reemplazarlo». En rápida sucesión, Nora le asoció luego «el temor al daño irreparable» que había podido causar en su relación con Brian y, tranquilizándose de nuevo, añadió con cierta inseguridad: «Hay algo en esto que viene de "la tragedia de la ira de mi padre", lo que me entristece». Mi conclusión quedó recogida en la siguiente formulación adicional de su emergente posición prosíntoma:

Mi enfado me protege, a cierto nivel: (a) de la inseguridad que podía suponer el cambio, (b) de la necesidad de encontrar un sustituto para mi rabia familiar, (c) de la culpabilidad que experimento por el modo en que estoy arruinando mi matrimonio y (d) de la tristeza y el dolor que me provoca mi tragedia familiar.

Al leer lo anterior, Nora asintió con tristeza e hizo algunos comentarios breves sobre el modo en que había sido, de hecho, «la niña de papá», manifestando sus mismos éxitos y fracasos. Di por concluida nuestra primera sesión pidiéndole que colocase simplemente las notas de los post-it con sus posiciones prosíntomas (PPS) en la agenda que había traído consigo para escribir la fecha de nuestra próxima cita y tomase la decisión de leerlas al menos una vez al día –especialmente, antes de volver a casa junto a Brian– sin la menor intención explícita de cambiar esa pauta aparentemente automática. El objetivo consistía simplemente, muy al contrario, en llegar a reconocer conscientemente algunas de las funciones con que pudiera estar cumpliendo el enfado con su marido, en lugar de dejarse llevar por la conducta habitual. Algo intrigada por mi propuesta, se mostró inicialmente de acuerdo y concluyó compartiendo la impresión de que

esta primera sesión le había parecido sorprendentemente «poderosa, refrescante y profunda». Acordamos una segunda sesión para una semana más tarde.

Nora abrió la siguiente sesión diciendo: «Cuando volví a casa en coche después de la primera sesión, se establecieron muchas sinapsis nuevas. Fue un momento de mucha claridad». Siguiendo mi consejo, había leído sus PPS diariamente, llegando a pegarlos, para no tener excusa, en el espejo del cuarto de baño. De ese modo, tuvo varias revelaciones adicionales, empezando con el modo en que Brian reproducía en ocasiones la conducta de su padre, que era más burdo que los «brillantes» padres urbanos de Nora. Recordando conscientemente sus PPS, eludió su habitual respuesta defensiva de enfado y se permitió sentir el miedo subyacente. En la medida en que, durante la sesión, fuimos explorando ese miedo, empezó expresando su preocupación de que Brian, como su padre, fuese muy poco inteligente, un «charlatán», aunque inmediatamente matizó que «tal vez fuese más superficial». Lo que vino luego resultó bastante más revelador, el miedo a que Brian no fuese «alguien especial» y después el miedo a que ella tampoco lo fuera. Esos comentarios se vieron seguidos de varios ataques secuenciales de PPS que desembocaron en una explosión de llanto y baja autoestima, que la llevó a gritarse, al constatar su propia debilidad y flaqueza, «¡Te odio!» y «¡Jódete!». Según dijo: «Buena parte de mi identidad gira en torno a mi éxito laboral. El odio hacia mí misma aparece cuando cometo algún error, me siento inmadura y necesito encastillarme en una "postura". Esos recuerdos me desbordan». Pronto resultó evidente que solamente obligando a Brian a ser «superior» podía mantener la ilusión de que ella también lo era. Concluimos la sesión elaborando un par de declaraciones de sus nuevos PPS emergentes.

Cuando soy sincera conmigo misma, me doy cuenta de que, para ocultar lo enfadada que estoy conmigo misma, necesito enfadarme con Brian. La verdad es que, en algún nivel, me odio a mí misma por mi inmadurez y mi necesidad de asumir una postura, lo que me lleva despreciarme.

No puedo permitirme ser «normal» y tampoco puedo dejar que Brian lo sea. Creo que si Brian se limitase a ser normal, eso significaría que yo también lo soy algo que, en mi familia, resulta inaceptable.

En la medida en que estos y otros PPS parecidos se vieron conscientemente integrados, Nora descubrió que la fuerza que tenían

sobre ella iba debilitándose y señaló también que Brian y ella estaban empezando a relacionarse con menos acritud y sin perder la conexión. También descubrió que se sentía más cómoda asumiendo una actitud de «desventaja» con respecto a los miembros de su equipo y permitiéndoles tomar la iniciativa en los proyectos, sin necesidad de ocuparse de todos los detalles. Y, aunque siguió luchando contra su autocrítica, fue capaz de articularla verbalmente y «responsabilizarse» de ella, en lugar de «arrojarla sobre los demás como si de una granada de mano se tratase». Nuestro trabajo, en el momento en que escribo estas líneas, parece estar adentrándose en las pautas de origen familiar que «implantaron», como forma paradójica de adaptación, la baja autoestima de Nora utilizando, para ello, en la terapia de coherencia, los mismos métodos que contribuyeron a liberar la mayor parte de la «fuerza» de la PPS que articuló, por vez primera, en nuestras sesiones iniciales. Resulta interesante constatar que Ecker y Toomey (2008) han empezado a vincular esta metodología de activación y posterior desactivación de este tipo de configuraciones prosíntoma a los nuevos descubrimientos realizados en el campo de la neurociencia cognitiva, que indican que las conexiones límbicas que llevan mucho tiempo establecidas pueden ser «desaprendidas» y no sencillamente eliminadas utilizando, como asume la teoría tradicional del aprendizaje, asociaciones contrarias. Si la investigación posterior corrobora estos puentes conceptuales, eso conectaría el trabajo agente-personal de la terapia de coherencia con los mecanismos bio-genéticos de cambio de los niveles subcorticales, abriendo un horizonte muy prometedor para la futura evolución de la psicoterapia.

26

Re-elaborar la propia narrativa

La terapia narrativa abarca los niveles lingüístico-cultural, diádico-relacional y agente-personal del modelo epigenético tratando de sacar a la luz las estrechas fórmulas y creencias sociales que limitan la capacidad de las personas para reconocer las opciones que se les presentan (Winslade y Monk, 2001). Dado que las personalidades problemáticas se erigen inevitablemente en contextos sociales y se ven sostenidas a través de las interacciones repetidas con otros individuos, son estas pautas o *narrativas dominantes* las que se convierten en el foco inicial de esta terapia, en la medida en que el terapeuta trabaja con el cliente para hacer más visible la influencia de la historia de una vida saturada de problemas. Sirviéndose de las llamadas *preguntas curiosas*, el terapeuta ayuda al cliente a deconstruir el relato dominante y a reconocer su influencia sobre el problema. Identificando, elaborando una historia, documentando y dando vueltas a los pasos que da el cliente en torno a una historia elegida de su vida y de sus relaciones, el terapeuta le ayuda a consolidar una narración alternativa y más rica en posibilidades (White y Epston, 1990).

Como sucede con las terapias feministas, las terapias narrativas resultan especialmente útiles a la hora de determinar el papel que desempeñan los discursos culturales en la consolidación de identidades problemáticas o prácticas relacionales como, por ejemplo, las prescripciones a seguir para tener una apariencia aceptable que generan conductas anoréxicas entre las chicas jóvenes o los discursos sobre privilegios personales que abocan a las parejas, en el contexto de la mediación de divorcio, a intercambios sumamente conflictivos. Al *exteriorizar*, en primer lugar, esas pautas discursivas, el terapeuta ayuda al cliente a darse cuenta de que él no es el problema, sino que el *problema* es el problema, dejándole por tanto en condiciones de asumir un papel más activo para resistirse a su influjo.

El caso de David, un hombre joven a comienzos de la veintena que, pese a ser un buen estudiante, se vio obligado por la depresión a abandonar la universidad, alejarse de su familia y empezar a llamar repetidamente al trabajo excusándose porque se sentía enfermo, ilustra los pasos típicos de que consta el enfoque narrativo. Cuando se quedó completamente aislado en su habitación y empezó a hacer vagas alusiones al suicido, sus padres le presionaron para que emprendiese una terapia conmigo.

Acompañado en la primera sesión por su padre, David daba la impresión de ser un joven atormentado cuyo evidente sufrimiento justificaba las expresiones, que David rechazaba completamente, de impotencia y preocupación de su padre. Solicitando y obteniendo su permiso, me centré fundamentalmente en el trabajo con David, mientras su padre permanecía en la habitación como testigo silencioso. Cuando David relató esquemáticamente la historia de su lucha con el problema, le pregunté «¿Qué nombre darías al problema que parece haberse adueñado de tu vida y ensombrecido tu futuro?», a lo cual respondió de inmediato «una densa bruma», una descripción mucho más evocadora que el término clínico «depresión» y que brindaba una primera aproximación al problema que, durante los dos últimos años, parecía haberse apoderado de su vida. Continuando con esta *conversación exteriorizadora*, le pedí que me contase más cosas sobre la historia del problema, acicateándole ocasionalmente con preguntas del tipo «¿Cuándo reconoces que esa bruma hizo acto de presencia en tu vida por vez primera?» «¿Cómo era, antes de su aparición, tu paisaje vital?» «¿Cuándo empezaste a notar que tu visión del mundo se oscurecía?» David dijo haber visto por vez primera la niebla mientras se hallaba en el instituto cuando, a pesar de la fe de su padre y de la confianza de su entrenador en sus capacidades, la expectativa de una brillante carrera atlética empezó a disiparse. Poco a poco fui dedicándome a cartografiar, a través del llamado *cuestionamiento de influencia relativa*, los «efectos reales» de la bruma en su vida: «¿Qué efecto dirías que ha tenido la bruma en la visión que tienes de ti y de tus capacidades?» «¿Cuáles son los planes que, para tu futuro ocupacional y educacional, tiene la bruma?» «¿Hasta qué punto ha impregnado tu vida familiar?» y «¿Cuál es el miembro de tu familia que parece estar más perdido contigo entre la niebla?» David respondió a todas estas preguntas con una animación creciente, señalando lo muy diferente que se sentía con respecto a las conversaciones interiorizadoras que había mantenido con otros

profesionales, que ubicaban implícitamente el problema *en su interior*, en términos de distorsiones cognitivas, déficits conductuales o desequilibrios bioquímicos. Este cambio de perspectiva le permitió empezar a admitir el impacto que había tenido el problema en el oscurecimiento de la opinión que tenía de sí mismo y en el modo en que estaba consiguiendo también hacer más «invisibles» las relaciones entre los miembros de la familia. Después de todo eso, David estaba más maduro para admitir otras cuestiones relativas a *su* influencia en el *problema*, utilizando metáforas derivadas de su pasado atlético: «¿Qué cosas has hecho para tratar de atravesar la bruma?» «¿Hay veces en que, por más que te sientas un perdedor, eres capaz de ganar alguna carrera?» «¿Hay alguien que, en este momento, parezca estar a tu lado?» «¿Quién, en tu entorno familiar, está más convencido de que puedes remontar?» Poco a poco, David empezó a esbozar un puñado de *desenlaces únicos* (White y Epston, 1990), es decir, de «momentos brillantes» en los que se sentía capaz de contrarrestar la influencia de la narración depresiva dominante. Las respuestas que dio a algunas preguntas sobre varios compañeros de equipo conmovieron tanto a su padre que ambos acabaron llorando. En la siguiente sesión, David trajo consigo un diario personal, titulado «Perdido en la niebla: Un retrato de la depresión», que estaba escribiendo. En la medida en que empezó a realizar progresos en su vuelta al trabajo y a mantener conversaciones con otros miembros de su familia –tanto en las terapias con participación familiar como en su vida cotidiana–, empezó a relatar también la *historia preferida* de David como una persona adaptable y llena de recursos capaz de atisbar, a través de la bruma cada vez menos diáfana de su depresión, un futuro más prometedor. Algunas lecturas seleccionadas, como el libro de Parker Palmer *Let Your Life Speak: Listening to the Voice of Vocation* (2000), le proporcionaron una alternativa y una visión más positiva de sus años de *impasse* e incertidumbre profesional, un marco narrativo general que asumió con relativa facilidad y expandió a distintos ámbitos personales. Contando con el apoyo de su familia, David expresó, al cabo seis sesiones de terapia, su plena confianza en la capacidad de seguir resistiéndose al influjo de la depresión, mientras que el contacto de seguimiento efectuado varios meses después corroboraba la presencia de avances positivos. Existen protocolos muy minuciosos para la aplicación de la terapia narrativa a un amplio abanico de problemas que van desde la mediación en conflictos (Winslade y Monk, 2001) hasta el tartamudeo (DiLollo, Neimeyer y Manning, 2002), tan útiles para niños (Freeman, Epston y Lobovits, 1997) como

para adultos (Monk, Winslade, Crocket y Epston, 1996). Recientes investigaciones cualitativas han empezado a identificar distintas categorías de *momentos innovadores* en los que la narración que hace el cliente de sí mismo durante el diálogo terapéutico se inclina hacia el cambio y cuyo uso en la investigación sobre el proceso y los resultados está ayudando a esbozar el perfil de la terapia narrativa y a aportar prácticas conversacionales útiles para un amplio abanico de clientes (Gonçalves, Matos y Santos, en prensa).

27

Celebrar la conclusión de la terapia

Ninguna exposición del proceso terapéutico estaría completa sin una explicación de la *conclusión*. Desde la perspectiva postmoderna de la terapia narrativa, por ejemplo, la conclusión es una decisión de mutuo acuerdo sobre el proceso, que se considera una especie de graduación o rito de pasaje (Epston y White, 1995) hacia una identidad preferida, una transición que es, en sí misma, terapéutica. La consolidación de los progresos efectuados durante la terapia puede ser llevada a cabo apelando a una gran diversidad de preguntas, entre las que cabe destacar, por ejemplo, las siguientes:

- ¿Qué diría si tuviese que escribir un manual sobre el modo de vencer el problema que acaba de superar? ¿Qué cualidades personales y relacionales le han permitido identificar ese conocimiento y llevarlo a la práctica? ¿Cómo puede conseguir que esta comprensión no desaparezca de su vida?
- ¿Qué tipo de consejo brindaría a quien le consultase para sobreponerse al influjo de un problema semejante al que, durante un tiempo, ha dominado su vida? ¿Podría usted, en tanto que veterano en este tipo de batallas, escribir una carta de aliento que pudiese serle de utilidad?
- ¿Ha visto algo de su vida anterior que pueda proporcionarle pistas para mantenerse libre del problema en el momento presente?
- ¿Qué le ha enseñado esta experiencia sobre el tipo de persona que es y el tipo de historia vital que quiere vivir en el futuro?
- ¿Cómo podría, el conocimiento que tiene ahora sobre usted, influir en su siguiente paso? ¿Qué podría decirle la persona que, dentro de pocos años, será usted a quien se encuentra sentado aquí y ahora sobre las posibilidades que le ofrece esta vida?
- ¿Qué cree que le queda por saber, ahora que ha llegado el momento,

por así decirlo, de graduarse y asumir un tipo diferente de vida? ¿Cree que, en el caso de saberlo, su actitud hacia usted sería diferente?

Son varios los documentos creativos a los que el terapeuta puede apelar para dejar constancia de ese pasaje (como, por ejemplo, las «declaraciones de independencia» de un determinado problema, los «certificados de conocimiento especial», el reconocimiento de tal o cual comprensión o los diplomas que acreditan la conclusión de la terapia). Bien podríamos, en este sentido, considerar las últimas sesiones como si se tratara de rituales o celebraciones sociales, ceremonias que honran los logros del cliente y a las que podemos invitar a figuras que hayan desempeñado un papel clave en la vida del sujeto (White y Epston, 1990). Lejos, pues, de la visión tradicional, según la cual la conclusión de la terapia supone la pérdida de una relación especial con el terapeuta o el comienzo de una aventurada transición hacia la generalización de las habilidades aprendidas, la conclusión de la terapia puede, en sí misma, empoderar al cliente para que persista en la búsqueda de una narrativa futura más satisfactoria.

28

¿Contribuye, la medicación psicotrópica, a la solución o forma parte del problema?

Los terapeutas constructivistas tienden a contemplar, con mayor suspicacia que los cognitivos, la creciente dependencia de la medicación psicotrópica como «remedio» rápido y publicitariamente muy difundido para resolver todo tipo de problemas, desde la depresión hasta la fobia social. No son pocos los que temen que la competencia de la farmacoterapia obstaculice la motivación para que la psicoterapia produzca cambios más profundos en la vida de las personas, al tiempo que refuerza la explicación biológica de los problemas existenciales, personales y relacionales. El resultado de todo ello es un clima de hostilidad general con respecto al modelo médico del malestar psicológico y su alegato de que los problemas que llevan a los clientes a buscar terapia pueden verse substancialmente mitigados con la adecuada receta.

Aunque yo simpatice con todas estas preocupaciones, mi respuesta al respecto es de índole más pragmática. Considero que ese abordaje es útil… ¡excepto cuando no lo es! En un determinado momento, entre el 15 y el 20% de mis clientes toman medicación (no en vano me han sido remitidos, en ocasiones, por sus psiquiatras) y la mayoría de ellos reconoce que le resulta de gran ayuda. Y no existe, en mi opinión, en ese proceder la menor incompatibilidad con el abordaje constructivista. Lo que es erróneo es considerar a la farmacoterapia como un sustituto del autoconocimiento, la reflexión sobre uno mismo, el cambio, la resistencia a las circunstancias opresivas y la resolución de problemas de orden psicosocial. La medicación puede, en ocasiones, proporcionar al cliente recursos para abordar la vida de

un modo diferente, pero la farmacoterapia rara vez resuelve, por sí misma, las complejidades que acaban «bloqueando» la vida del cliente. Con demasiada frecuencia, las personas siguen atrapadas en relaciones insatisfactorias, renuncian a lo mejor de sí mismas y viven circunscritas dentro de las fronteras invisibles impuestas por sus creencias. Aunque la medicación no resuelve este tipo de problemas, puede contribuir a establecer la claridad mental imprescindible para abordarlos adecuadamente. Los fármacos también implican un alto riesgo como, por ejemplo, evitar los problemas a los que el cliente debe enfrentarse o la adicción que suelen generar las substancias antidepresivas. Con ello, sin embargo, no estamos expresando nuestro rechazo hacia todo tipo de medicación psicotrópica.

Esto significa, desde una perspectiva epigenética, que podría ser útil elaborar los problemas humanos tanto en términos biológicos como psicosociales. Pero los constructivistas rara vez aceptan que la gente que acude a sus consultas lo haga debido a una insuficiencia de tal o cual neurotransmisor. Y es que el ser humano también se encuentra en callejones sin salida en el modo de explicar su vida, en el modo de vivir y crear problemas en las relaciones que mantiene consigo mismo y con los demás y hasta en el modo en que la vida social genera, por sí sola, problemas de los que la terapia no es más que una entre otras muchas soluciones. Y es que el rango de soluciones a los problemas que aquejan al ser humano no se limita en modo alguno a los abordajes biológicos.

Los constructivistas no contemplan los problemas humanos ateniéndose a causas exclusivamente biológicas, sociales, personales, familiares, legales o culturales, sino que tienden a ver, como Kelly (1955/1991), todos esos dominios –biología, psicología, estudios familiares, sociología y aspectos legales– como sistemas explicativos que, en el proceso holístico denominado ser humano, tienen una importancia parcial e incompleta. Resulta útil abordar los problemas desde todas esas perspectivas que no dependen exclusivamente, no obstante, de uno u otro sistema.

Desde el punto de vista del construccionismo social, los terapeutas también adoptan, en ocasiones, una combinación semejante de escepticismo y pragmatismo en lo que respecta a la utilidad de la medicación en los tratamientos psicológicos. El trabajo de Seikkula y sus colegas en Finlandia con familias que experimentan el deterioro psicótico de uno de sus miembros, por ejemplo, recurre principalmente al uso del «diálogo abierto» en el que equipos

compuestos por profesionales procedentes de ámbitos muy diversos alientan, en el entorno familiar, un debate profundo, con plena participación del paciente, sobre el significado de los síntomas perturbadores (Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2001a). Ese abordaje considera las reacciones psicóticas como un intento de dar sentido a situaciones vitales difíciles o traumáticas cuya superación no requiere tanto un control farmacológico como una mejor comprensión. En el 25% de los casos, sin embargo, la medicación neuroléptica ha demostrado ser muy útil para promover la participación coherente del paciente en el proceso del diálogo. A pesar de ello, no obstante, los datos sobre los resultados alcanzados parecen indicar que la farmacoterapia estaba asociada, de hecho, a resultados *más pobres* en la mayoría de los casos mientras que, del 61% de los casos con «resultados positivos», menos del 20% recibieron medicación antipsicótica, mientras que más del 50% de los clientes que obtuvieron «resultados pobres» habían recibido tratamiento médico (Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2001b). Aunque la falta de aleatoriedad de este estudio no nos permita extraer ninguna conclusión causal, sus resultados ponen de relieve tanto la disposición de los modernos terapeutas que sustentan una perspectiva construccionista social a tener en cuenta la medicación, como la importancia de no asumir que la farmacoterapia complementaria contribuye a la eficacia del tratamiento.

29

El papel de la terapia constructivista en el mundo

Cada enfoque psicoterapéutico se entronca necesariamente en un determinado contexto histórico, cultural y profesional que implica tantos retos como oportunidades y lo mismo sucede con el constructivismo. Centraremos ahora nuestra atención en un puñado de cuestiones que debe abordar el constructivismo contemporáneo subrayando, cuando convenga, aquellos factores que lo diferencian de sus alternativas cognitivo-conductuales. Entre ellos, destacaremos la diversidad de visiones de la práctica constructivista, los rasgos distintivos de la ética postmoderna y la investigación básica de la que se deriva.

Una de las grandes fortalezas de este enfoque es su internacionalidad, dado que los grupos de investigación y práctica alentados por las ideas postmodernas se extienden prácticamente por todo el mundo, desde los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido hasta Australia y Nueva Zelanda. Pero los grupos teóricos no se hallan confinados a los países angloparlantes, sino que también existen desarrollos innovadores que florecen en países tan diversos como Alemania, Italia, Noruega, Suecia, Finlandia, Portugal, Brasil, Serbia y Holanda. El mundo hispano, por su parte, se halla especialmente «constructivizado» y encontramos numerosos centros de formación en España, Argentina, Chile y México. También hay importantes centros de estudios universitarios en países asiáticos –en especial, China y Japón– que cada vez están más próximos a los modelos constructivistas de práctica, tal vez a causa del respeto proverbial que siempre han mostrado hacia sistemas culturales y filosóficos diversos. Y la consecuencia de todo ello es una rica amalgama de tradiciones, muchas de las cuales extraen su inspiración de las culturas nativas,

como los maoríes de Nueva Zelanda, cuyas prácticas colectivas de negociación y resolución respetuosa de conflictos podrá advertir entre líneas el lector avezado en muchos enfoques de la mediación y la terapia narrativa (White y Epston, 1990; Winslade y Monk, 2001). Semejante diversidad de inspiración y aplicación resulta evidente en los mismos Estados Unidos, donde terapeutas constructivistas y construccionistas sociales prestan su apoyo a miembros de comunidades desfavorecidas, como los jóvenes de barrios deprimidos, esforzándose en el desarrollo de una sensación de identidad, una voz y una iniciativa propias (Holzman y Morss, 2000; Saleebey, 1998).

En tres aspectos al menos, las terapias postmodernas plantean cuestiones éticas sutiles aunque significativamente diferentes de las suscitadas por los enfoques tradicionales. En primer lugar, el exquisito respeto con el que trata al mundo de significados del cliente, sumado a la relativa ausencia de cualquier punto externo de referencia de lo que es la psicopatología, puede enfrentar al profesional postmoderno a un dilema ético cuando debe tratar a clientes que no acuden voluntariamente a la terapia y no advierten ningún problema en su conducta ni en sus sentimientos. El trabajo con problemas alimenticios como la anorexia, por ejemplo, puede ser, en este sentido, muy complejo, puesto que los clientes que organizan su mundo en torno a una incesante búsqueda de delgadez perciben que su «desorden» es completamente congruente con la imagen de sí que desean cultivar (Fransella, 1993). Sin embargo, algunos consejeros construccionistas sociales han diseñado métodos creativos sobradamente eficaces para enfrentarse a este tipo de problemas, ayudando a los clientes a reconocer el papel destructivo que desempeñan en sus vidas las «narrativas dominantes» o los discursos culturales opresivos sobre el peso que, cuando se exteriorizan, resultan más fáciles de abordar (Whyte y Epston, 1990).

La segunda cuestión ética que caracteriza al mundo postmoderno, especialmente a las narrativas de orientación feminista o cultural, tiene que ver con la necesidad de ubicar los problemas personales en un contexto social más amplio y subrayar los factores lingüístico-culturales de la construcción del problema subrayados por los sistemas que se atienen al modelo epigenético (Mascolo *et al.*, 1997). Desde esta perspectiva se torna esencial, éticamente hablando, criticar y «deconstruir» los discursos opresivos de la cultura dominante, incluyendo la «cultura» de nuestra propia profesión (Holzman y Morss, 2000). Un ejemplo radical de lo anterior es la organización de grupos

«antianorexia» en los que los clientes que tratan de superar problemas alimenticios se unen para pintarrajear los carteles publicitarios que glorifican a las modelos anoréxicas (Maldigan y Goldman, 1998).

Una tercera cuestión que tiene profundas implicaciones éticas es la que se refiere a la disposición de los seguidores de cualquier modalidad terapéutica a someter su enfoque predilecto a una rigurosa evaluación de su eficacia. La mayoría de constructivistas contemporáneos, como los seguidores de la terapia cognitivo-conductual, apoyan ese objetivo, pero difieren en su aproximación a dicho imperativo ético. De ese modo, los constructivistas se toman muy en serio el creciente consenso de que, si bien existen numerosas modalidades de psicoterapia responsable que disfrutan de un apoyo considerable, apenas existen pruebas que demuestren la mayor eficacia de una perspectiva o de una escuela con respecto a las demás. A pesar, no obstante, de este tipo de afirmaciones, hoy contamos con un amplio cuerpo de evidencias que ponen de relieve que la mayor parte de los resultados de la psicoterapia es atribuible a las variables del *cliente*, como la predisposición psicológica, y otros factores comunes a todas las terapias como, por ejemplo, la cualidad de la alianza terapéutica (Messer y Wampold, 2002). De hecho, las revisiones cuantitativas de los estudios controlados sobre resultados evidencian que, cuando se tiene en cuenta la filiación del investigador, se disipan las aparentes discrepancias sobre la eficacia de tal o cual terapia (Robinson, Berman y Neimeyer, 1990), constatándose también que más del 70% de la diferencia en la eficacia observada en los primeros estudios se debe a la inclinación del investigador por un tratamiento u otro (Luborsky *et al.*, 2002). En apoyo de esta conclusión, las pruebas comparativas aleatoriamente distribuidas, en las que los investigadores no favorecen un tratamiento (como, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual) en detrimento de otro (por ejemplo, los grupos de apoyo mutuo), no encuentran diferencia alguna en los resultados de los respectivos tratamientos (Bright, Baker y Neimeyer, 1999).

De acuerdo, pues, con este creciente cuerpo de evidencias, los investigadores de la psicoterapia constructivista se muestran, por lo general, menos interesados en comparaciones tipo «carrera de caballos» tanto de sus abordajes predilectos como los de sus competidores y más proclives a llevar a cabo investigaciones fundamentales sobre las estructuras psicológicas y los procesos de cambio que, con independencia de su pedigrí, resultan útiles para todo

tipo de terapia. Los investigadores, por ejemplo, se han centrado en aportar pruebas sobre la validez y fiabilidad de técnicas de valoración constructivista como el escalamiento (R.A. Neimeyer *et al.*, 2001), las rejillas de consecuencias (Dempsey y Neimeyer, 1995; Fransella y Bannister, 1977) y diversas formas de codificación narrativa y de contenidos (Angus, 1992; Viney, 1988). Además de infundir confianza a los profesionales sobre la adecuación psicométrica de estos métodos de evaluación, estos estudios también añaden credibilidad a los modelos constructivistas de sistemas de significado, cuya estructura y cambio en el curso de la terapia ha sido literalmente rastreada por centenares de estudios (Hardison y Neimeyer, 2007; Winter, 1992).

A pesar de esta tendencia a la investigación sobre el proceso y los resultados, los constructivistas han realizado también estudios convencionales y controlados de la eficacia de sus tratamientos favoritos, encontrando pruebas de su eficacia general a la hora de mitigar la sintomatología presentada por el cliente al comienzo de la terapia (ver, en este sentido, Holland, Neimeyer, Currier y Berman, 2007; Viney, Metcalf y Winter, 2005), con algunas evidencias sugerentes de que este tipo de tratamientos puede ser especialmente útil para ayudar a los clientes que padecen altos niveles de ansiedad, mientras que no lo son tanto para resolver problemas serios de orden psicótico (Holland y Neimeyer, en prensa). Resulta muy llamativo, no obstante, el interés con que los investigadores constructivistas se han dedicado a estudiar los procesos de cambio de diferentes modalidades terapéuticas (como, por ejemplo, los enfoques psicodinámicos, la terapia de grupo y la terapia conductual), incluida la suya (Greenberg, Elliott y Lietaer, 1994; Levitt y Angus, 1999). Aunque la eficacia de los enfoques constructivista e interpersonal (orientados hacia el proceso) de la terapia de grupo con víctimas de incesto (Alexander, Neimeyer y Follette, 1991; Alexander, Neimeyer, Follette, Moore y Harter, 1989) se halle sobradamente demostrada, por ejemplo, estudios adicionales de la dinámica grupal presente en cada enfoque señalan que cerca de una cuarta parte de la variabilidad de los resultados es explicable en términos de identificación, en primer lugar, con los demás miembros del grupo y posteriormente con los terapeutas (R.A. Neimeyer, Harter y Alexander, 1991). La estrategia que consiste en identificar los procesos básicos de cambio resulta mucho más relevante, a la hora de mejorar nuestra comprensión de los mecanismos de acción de la psicoterapia, que cualquier intento unilateral que aspire a demostrar la superioridad de un tratamiento

sobre otros.

A pesar de las crecientes contribuciones de la investigación empírica de la psicoterapia, algunos teóricos y profesionales postmodernos se muestran escépticos ante la relevancia de la mayor parte de la investigación realizada en el campo de la psicoterapia por considerar que no está tan orientadas a servir a los intereses de los clientes como a alentar el poder y el prestigio de los profesionales (Parker, 2000). Incluso los científicos que trabajan desde una perspectiva constructivista concluyen que existen sobradas razones para reconocer la «tensión esencial» entre el insoslayable formalismo y la simplificación de la investigación sobre resultados y la escurridiza sutileza de esta renegociación relacional de significado denominada psicoterapia (R.A. Neimeyer, 2000). Quizás la expectativa más realista a este respecto sea la de considerar que la investigación puede permitirnos establecer algún tipo de generalización sobre los «ingredientes activos» del cambio terapéutico, aunque la delicada danza de conexión forjada entre un determinado cliente y su terapeuta siempre exigirá una «lectura» intuitiva de lo que es posible y adecuado en los diferentes momentos del encuentro terapéutico (R.A. Neimeyer, 2002).

30

La construcción de una práctica integradora

No resulta sorprendente, dada la multitud de enfoques psicoterapéuticos –entre los que cabe destacar los cognitivo-conductuales–, que numerosos teóricos de la psicoterapia y muchos otros profesionales lleven ya más de veinte años insistiendo en la necesidad de integrar los diferentes métodos y modelos (Goldfried, 1995; Norcross, 1986). Tampoco deja de ser irónica, no obstante, la profusión de enfoques que apuntan a la integración de la psicoterapia y lo mucho que, en cuanto a presupuestos y objetivos, difieren entre sí (R.A. Neimeyer, 1993b). En el extremo menos ambicioso del continuo de la integración se halla el *eclecticismo técnico* que tolera y alienta la adopción por parte del terapeuta de «cualquier cosa que funcione» o parezca funcionar en el trabajo con un determinado cliente (Whitaker y Keith, 1981). Aunque esto resulte en la práctica bastante común, rara vez se ve defendido por los estudiosos e investigadores de la psicoterapia, dada su pobre tendencia a admitir que, en ausencia de principios orientadores o heurísticos, cualquier técnica superficialmente atractiva deja al terapeuta a la deriva en medio del océano rara vez cartografiado del proceso psicoterapéutico interpretando, en un determinado momento, las pautas de la transferencia; enfrentándose, en otro, a los pensamientos irracionales y apelando, en un tercero, a la intervención paradójica. Como alternativa a todo ello, el *eclecticismo sistemático* permite al terapeuta seleccionar un abordaje –como, por ejemplo, una intervención directiva o conductual o un abordaje exploratorio más centrado en las emociones– en función de las características del cliente, como su grado de «resistencia psicológica» a verse controlado por otra persona o la tendencia a construir los problemas vitales en términos

exteriorizadores o interiorizadores (Beutler y Clarkin, 1990). Aunque el intento de informar la intuición del terapeuta sobre *qué usar* y *cuándo usarlo* con predicciones basadas en los datos resulta muy recomendable, las pruebas de la eficacia de esta orientación tendente a la «compatibilización» no son definitivas (Baker y Neimeyer, 2003). Bien podríamos concluir, en este sentido, que hasta un programa exitoso de eclecticismo técnico sistemático no es tanto una forma de integración psicoterapéutica como de *pluralismo* sistemático, posibilitando una alternancia mejor informada entre diferentes enfoques sin alentar, por ello, su asimilación a un marco conceptual mayor y más coherente.

Más importante y ambicioso si cabe es el hecho de que algunos estudiosos de la psicoterapia aboguen por una auténtica *integración teórica* que llevaría a dos o más enfoques psicoterapéuticos distintos a unirse en una teoría más abarcadora de los problemas humanos y los principios del cambio (Wachtel, 1991). La unión de terapias conductuales y cognitivas originalmente diversas en un modelo híbrido cognitivo–conductual refleja este tipo de integración progresiva que acaba dando lugar a una teoría más global y técnicamente más diversificada que cualquiera de sus predecesoras aisladamente consideradas. En este nivel conceptual, sin embargo, la promesa de integración psicoterapéutica solo puede ser llevada a cabo si se detallan los principios que ayudan a la identificación de las teorías candidatas que contribuyen coherentemente a esbozar un marco teórico más abarcador (Messer, 1987).

La descripción general de este enfoque, al que califico como *integración teórica progresiva* (ITP), constituye un paso adelante en esa dirección (R.A. Neimeyer, 1993b; Neimeyer y Feixas, 1990). En el núcleo de esta perspectiva se asienta la preocupación por los criterios epistemológicos de dicha integración, criterios relativos a los enfoques básicos al conocimiento que configuran las diferentes teorías que deben integrarse. Cada sistema psicoterapéutico incorpora, desde esta perspectiva, un conjunto característico de presupuestos epistemológicos, que van desde *creencias metateóricas* fundamentales, frecuentemente implícitas, acerca de la naturaleza de la realidad y la relación de los seres humanos con dicha realidad, pasando por *teorías formales* sobre el funcionamiento humano y *teorías clínicas* sobre la naturaleza de la aflicción y los trastornos del ser humano, hasta diferentes *estrategias* y *técnicas* terapéuticas. Por implicación, los candidatos ideales entre los diferentes enfoques de integración

psicoterapéutica son aquellos modelos de terapia que presentan, a nivel esencial, una poderosa convergencia, pero una considerable diversidad a nivel estratégico, lo que brinda la doble ventaja de fundir en un mismo modelo la coherencia conceptual y la amplitud técnica. Ese es precisamente el tipo de compatibilidad metateórica que caracteriza a las psicoterapias constructivistas, capaces de proporcionar una gran diversidad de procedimientos concretos. A consecuencia de ello, los profesionales que desean aumentar su arsenal de técnicas pueden encontrar en el constructivismo un importante acervo de conceptos y métodos con el que enriquecer su práctica sin dejar, por ello, de ser teóricamente coherentes. Esta ha sido, ciertamente, mi experiencia a lo largo de los años, como ilustra substancialmente el siguiente caso de estudio de psicoterapia constructivista de un modo que no solo tiene en cuenta las necesidades cambiantes de los clientes, sino las competencias también cambiantes de los terapeutas.

Bill W era un directivo de nivel medio, de 43 años de edad, que me fue remitido a la terapia por el programa de asistencia a empleados [EAP en inglés] de su empresa en el momento en que la terapia cognitivo-conductual que seguía se mostró incapaz de mitigar sus síntomas de ansiedad. Durante la primera consulta, Bill se refirió a las dos últimas décadas de su vida como una «montaña rusa» que solo se había detenido cuando, después de casi diecisiete años de matrimonio, se separó de su esposa Sally. Es importante señalar que las discrepancias que surgieron durante el proceso de divorcio habían abierto en la familia un cisma estructural porque, mientras Randy, su hijo de quince años, se había quedado con el padre, Cassie, la hija de doce años, se había mudado con su madre a vivir a otro estado. Bill fue muy sincero en su primera sesión al establecer el detonante inmediato de su divorcio en su relación clandestina con Delanie, una mujer divorciada de treinta y nueve años, y empleada en su misma empresa que, a diferencia de la relación «violenta y llena de discusiones» que, desde hacía mucho tiempo, mantenía con su esposa Sally, «sabía cómo tratarle». Aunque el alejamiento de su exesposa mitigaba, de algún modo, la fricción entre ambos, ese hueco se había visto reemplazado por otros problemas, entre los que destacaba una relación cada vez más «irascible» con Randy, cuyas notas empezaban a dejar bastante que desear, una reciente evaluación anual sobre su desempeño laboral con resultados más bien mediocres que le sirvió de «aviso» y, por encima de todo, un estado de creciente preocupación

que irrumpía en forma de ataques esporádicos de ansiedad. Aun careciendo de toda experiencia en la terapia, si dejamos de lado su breve contacto con el programa de asistencia a empleados, Bill estaba dispuesto a «averiguar lo que le había sucedido» con la ayuda de un «observador objetivo», dada su convicción de que «hablar podía ser de gran utilidad». Así fue como emprendimos un complejo viaje terapéutico que, con periodicidad quincenal, se dilató durante dieciocho meses, fundamentalmente centrado en las esferas de las relaciones diádicas y agente-personales de su vida.

Bill siguió dando, en las sesiones posteriores, explicaciones sobre sus problemas presentes, señalando que se «sentía atrasado» en la relación con Delanie, que deseaba que su relación fuese más abierta y pública y pudiese desembocar, a la postre, en un mayor compromiso. Pese a los «sólidos cimientos» en los que esa relación se asentaba, Bill confesó una poderosa resistencia a avanzar más en esa dirección, una resistencia que solo era explicable desde el punto de vista de la política antinepotismo vigente en la empresa en que trabajaban y que les llevó a mantener en secreto su relación. Bill también sentía que su hija Cassie era cada vez «más fría y distante», generándole una ansiedad que alcanzó su punto álgido mientras estaba preparándose para ir a visitarla, lo que le llevó a cancelar el viaje. Observando el aparente callejón sin salida en que se encontraba en el nivel diádico-relacional, cuando llegó la cuarta sesión le sugerí que invitase a Delanie a unirse a nosotros en calidad de «asesora», una invitación que ella aceptó con la condición de que la terapia siguiese centrada en «los problemas de Bill».

Esa sesión resultó muy esclarecedora, porque Delanie compartió con entusiasmo su impresión de que Bill era un «postergador» que estaba haciéndose el «remolón» a la hora de comprometerse con ella. Por su parte, Delanie se describió a sí misma como una mujer dispuesta a «progresar» en su relación, a la que le gustaba asumir «riesgos» y que consideraba que una mayor implicación de Bill con ella y con los niños supondría un paso adelante en la consolidación de la relación. Mis esfuerzos para que cada uno contase con el espacio que necesitaba para articular su visión tanto del problema como de sus perspectivas de futuro suscitaron mutuas declaraciones de cariño y respeto y una sensación de «proximidad» que, en las siguientes sesiones individuales, Bill no dejó de subrayar. Simultáneamente, sin embargo, Bill se había alejado de su hija Cassie, un distanciamiento precipitado por el sentimiento de culpa que, debido a la fobia

paralizante que tenía a volar, le producía la incapacidad que sentía de subirse a un avión para ir a visitarla el día de su cumpleaños. La indagación posterior puso de relieve algo que yo ya sospechaba, la estrecha relación existente entre los problemas de relación con Delanie y Cassie, porque Bill no podía concebir que su hija aceptase a la mujer a la que consideraba responsable de la ruptura del matrimonio de sus padres. Cuando empezó a verbalizar explícitamente ese sentimiento, Bill señaló que «si rompiese con Delanie, una parte de él se sentiría aliviada» como si, de ese modo, resolviese el enfrentamiento con su hija. Y, por más rápidamente que descartara esa conclusión, era evidente que la perspectiva de matrimonio estaba cargada de importantes significados emocionales que le llevaban a elegir la opción preferida, aunque negada, de seguir soltero. Yo, por mi parte, traté de desentrañar las implicaciones supraordenadas de esta elección utilizando la técnica de escalamiento anteriormente mencionada y cuyos resultados recogemos en la Figura 4.

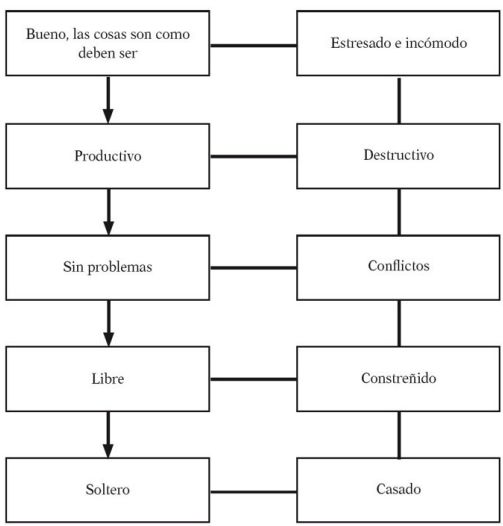


Figura 4. Escala de constructos personales de Bill, W.

Como el escalamiento reveló, las implicaciones tácitas que, para Bill, tenía el hecho de seguir soltero incluían *ser libre*, *tener menos problemas*, *sentirse más productivo y sentir que la vida es buena y las cosas son como deben ser*. El matrimonio, por el contrario, estaba cargado del significado subjetivo de *sentirse atrapado*, experimentar *conflictos*, *sentirse destructivo* y considerar a la vida como algo *estresante* y *desagradable*. Inmediatamente después de completar esta jerarquía de constructos, Bill se puso en pie y afirmó: «¡Me da la impresión de estar

refiriéndome a mi primer matrimonio!» Luego siguió un debate en el que investigamos el modo en que la sensación de constricción y conflicto en la relación de Bill con Sally estaba «desangrando» su relación con Delanie y le impedían «dar el paso hacia adelante» que, a nivel consciente, supuestamente quería. Cuando la sesión se acercaba a su conclusión, Bill señaló de manera entusiasta: «¡Ahora me siento como si *realmente* estuviese en terapia!»

Fue muy poco lo que, a pesar de este importante paso, Bill avanzó durante las siguientes sesiones en el camino de una relación más comprometida con Delanie y una mayor implicación con sus hijos. La tensión –tanto intra como interpersonal– generada por ese callejón sin salida se intensificó debido a un segundo e infructuoso intento de visitar a Cassie, que vivía a unos 800 kilómetros de distancia. Cuando Bill identificó el «misterioso nerviosismo» que le provocaba el viaje, lo consideró como una solicitud implícita de ayuda para llegar a entender su significado. Entonces le pedí que cerrase los ojos y dirigiese su atención al cuerpo con la intención de identificar las «sensaciones sentidas» asociadas a dicha emoción. Sirviéndome de la técnica del *focusing* de Gendlin (1996), le pedí que «permaneciese» en contacto con la sensación e intentase darle voz. Después de permanecer sentado un rato en silencio, Bill dijo que se sentía «solo» y luego «aislado», a pesar de que Delanie se había ofrecido para conducir y esperar pacientemente en una habitación de hotel, mientras él pasaba el día con su hija. Frunciendo el ceño, Bill cobró entonces conciencia de la complejidad interna del sentimiento emergente que, al poner de relieve una ansiedad tan intensa que le impedía conducir, «socavaba la confianza que Delanie tenía en él». El posterior procesamiento de esta comprensión llevó a Bill a identificar y articular la sensación no solo de pérdida de autocontrol sino también de defraudar a sus seres queridos, incluyendo «decepcionar a Dios». Las siguientes sesiones con Delanie corroboraron esa situación cuando Bill, sollozando, reconoció «sentirse atrapado» entre Delanie y Cassie, corriendo el riesgo, si se aproximaba demasiado a una, de perder a la otra. Fue Delanie la que puso de manifiesto esta dinámica trágica, subrayando que la responsabilidad de esa situación no solo se debía a Cassie, sino fundamentalmente a Bill y agregando, entre lágrimas, que «merecía algo mejor que pasar sola el resto de su vida». Ante el ultimátum de Delanie de viajar juntos y de que Bill pudiese ver a Cassie, Bill claudicó. Pero este plan, por más técnicamente exitoso que pareciese, despertó en Delanie un profundo temor a verse

aislada que estalló, en el camino de vuelta a casa, en forma de un llanto tan profundo que llegó a generarle problemas respiratorios. No fue, pues, ninguna sorpresa que una semana más tarde empezase, como forma de autoprotección, a distanciarse de Bill.

Yo estaba, en esa desafortunada coyuntura, a punto de emprender un viaje de un mes de duración a Australia y Nueva Zelanda y a Bill y a mí solo nos quedaba una sesión antes de partir. Me parecía que nos hallábamos en una encrucijada: ¿Debíamos profundizar en la fuente del sufrimiento de Bill, corriendo así el riesgo de dejarle vulnerable y sin apoyo durante mi ausencia, o centrar nuestro esfuerzo, por el contrario, en reforzar sus recursos para que pudiese afrontar, hasta mi regreso, la angustiosa situación que estaba atravesando? Estimulado por la aparente disposición (y necesidad) de Bill de «entender lo que le estaba pasando», me decanté por la primera opción. Quizás influido también por la inminente visita a mis colegas de la terapia narrativa, inicié una conversación exteriorizadora con Bill acerca de la influencia de una «culpa» a la que maldecía por «imposibilitar que comentase a Randy y Cassie su decisión de casarse con Delanie». El resultado fue una poderosa revisión, alentada por mis *preguntas curiosas*, sobre la influencia de la culpa en la vida de Bill y orientada por sus detalladas y evocadoras respuestas. Una hora después de la sesión, redacté y envié por correo a Bill una carta resumiendo la esencia de nuestra sesión, utilizando sus propias expresiones al respecto e integrando las comprensiones que habían aparecido en el curso de nuestra conversación. Esta es la carta en cuestión:

Querido Bill:

Después de nuestra sesión de hoy, no he podido dejar de pensar en tu valiente reconocimiento de que la culpa está en el núcleo de tus problemas y de que, si quieres volver a encarrilar tu vida, debes enfrentarte directamente a ella. Como dijiste: «Mi vida no puede seguir como hasta ahora. Mientras no pueda cuidar de mí mismo, no podré relacionarme con nadie». Y luego empezaste a citar algunos de los efectos negativos de la culpa en tu vida:

1. Te hace sentir incómodo en todas las relaciones próximas.
2. Te impide disfrutar despreocupadamente de la relación con Delanie.
3. Te obliga a «distanciarte» de Delanie sin comprometerte ni

tomar partido sobre el futuro de vuestra relación.

4. Te impide «adoptar una postura» clara con respecto a tus hijos.
5. Te obliga a ocultar y mantener en secreto el amor que sientes por Delanie.
6. Te obliga a castigarte de continuo por el «pecado» que has cometido.

También me ha conmovido profundamente escucharte decir: «Estoy llegando a un punto en que ya no puedo seguir adelante. Estoy cansado de que todo el mundo me dé palos y he decidido hacer algo al respecto». No me cabe la menor duda de que tienes toda la razón y de que harás bien en enfrentarte a la perniciosa influencia que la culpa tiene en tu vida. El hecho de discutir con tu pastor la naturaleza de tu «pecado» y de emprender las acciones necesarias para ser perdonado, me parece un paso muy valiente y creativo en esa dirección. También me ha llamado la atención tu decisión de hablar abiertamente con tus hijos de tu historia con Delanie, aunque quizás sea más prudente no tratar, teniendo en cuenta el importante papel que hasta ahora ha desempeñado la culpa en tu vida, de despojarte demasiado rápidamente de ella.

Aunque debo viajar un tiempo a Australia y Nueva Zelanda, estoy muy intrigado por esos progresos en tu vida y espero que, cuando nos volvamos a ver, me informes al respecto. Buena suerte.

Tuyo
Bob Neimeyer

La siguiente sesión, celebrada un mes después de mi regreso, supuso un importante punto de inflexión. Bill empezó calificando como «extraordinaria» la carta que le había escrito porque «recapitulaba, mejor de lo que hubiese podido hacer nunca, nuestro último encuentro». Luego pasó a relatarme una serie de «resultados únicos» que ilustraban el modo en que estaba «rescatando su vida de las garras de la culpa», emprendiendo trabajos de carpintería, yendo de camping y comprometiéndose en actividades que, durante mucho tiempo, se había negado porque le parecían «egoístas». También

afirmó sentir que se reavivaba «el fuego anterior» de ver a Delanie, que todavía se mantenía a cierta distancia. También conviene señalar que había mostrado la carta a Delanie que, sospechando que se trataba, en realidad, de una comunicación terapéutica indirectamente dirigida a ella, reaccionó consultando con su propio terapeuta. Como consecuencia de ello, Delanie pidió permiso a Bill para acudir a nuestra siguiente sesión de forma que le permitiese descubrir el papel que, en su vida y en su relación con Bill y sus hijos, desempeñaba la culpa.

La siguiente sesión fue relacionalmente muy esclarecedora, aunque la partida quedó en tablas. Bill se sentía cada vez más resentido con Delanie por su insistencia en intensificar la relación con sus hijos, que no hacía sino evocarle las peores facetas de su anterior matrimonio. Delanie, por su parte, cuestionaba cada vez más el compromiso de Bill debido a su escasa disposición a «unir dos vidas separadas». Y, como consecuencia de ello, cada uno de ellos no solo intensificaba su conducta de un modo que corroboraba su propia construcción de la situación, sino que validaba también la interpretación del otro. Este círculo vicioso de validaciones recíprocas se ve perfectamente ilustrado por el diagrama de lazo de la Figura 5. Cuando esbocé para ellos esta danza de desesperación, me sentí gratificado por la respuesta de Bill de que se trataba de «la fórmula más idónea para reforzar una pauta. La estabilidad tiene sentido porque, con el paso del tiempo, la pauta se ve reforzada». Por su parte, Delanie asintió añadiendo que se sentía bien al saber que «no se trata simplemente de que uno de los dos se haya vuelto loco o esté equivocado».

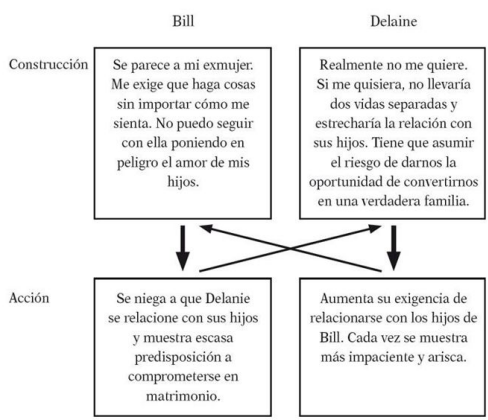


Figura 5 «Lazo» que vincula los niveles de construcción y acción de Bill y Delanie

Las siguientes sesiones no hicieron sino corroborar un avance puntuado de ocasionales retrocesos. Bill, por ejemplo, informó que cada vez se sentía más como era antes, «más relajado y concentrado», hasta el punto de citarse con Delanie en un lugar público, su primera cita de este tipo tras dos años de relación. Además, mantuvo una valiente conversación sobre su relación extramatrimonial y su divorcio con el pastor de su iglesia, añadiendo que el predicador le «perdonó tácitamente». El único tema en el que avanzó muy poco fue en el estrechamiento de la relación entre Delanie y Cassie, ya que planeó una visita en solitario a su hija. Ese fue, en tanto que reencuentro entre padre e hija, un viaje muy importante por el nivel de riesgo que asumió. Incluso le leyó una carta que había escrito en la habitación del hotel reafirmándole su amor y pidiéndole que, «cuando estuviera preparada», le perdonase por el divorcio. A ello siguió una carta no acusatoria a su exesposa Sally, explicándole las razones de su distanciamiento en términos de su «visión diferente de la vida». Poco a poco, Delanie fue ablandándose y cambiando lentamente de perspectiva, que pasó de un sentimiento de «exclusión y casi total invisibilidad» en la reestructuración de la familia de Bill hasta acabar adoptando una postura más empática. Las sesiones de pareja solían estar marcadas por emociones muy intensas, pero también contribuyeron a profundizar la relación entre ambos. Como dijo Bill en una sesión: «La predisposición de Delanie a comprometerse y mostrarse comprensiva fue precisamente lo que me llevó a enamorarme de ella». Y, cuando Delanie se acercó para enjugarle las lágrimas, añadió: «Su amor me fortalece».

Los meses que siguieron a este encuentro se caracterizaron por un progresivo acercamiento entre Delanie y Bill –ambos coincidían en que su relación era «más fuerte que nunca»–, aunque los ocasionales encuentros con Cassie seguían jalonados por la ansiedad. Y eso se vio complicado por una intensificación de la prolongada fobia a volar, a la que Bill se refería como «miedo a sentirse encerrado y no poder salir». De este modo, su incapacidad para volar no solo dificultaba su trabajo como ejecutivo, sino que obstaculizaba, de un modo mucho más grave si cabe, la relación con su hija. Bill aceptó entonces de buen grado que le derivase a un colega especializado en terapia de conducta, que le sometió a un programa de desensibilización *in vivo* para superar el miedo a volar, con la expectativa de que le ayudase a liberarse de las

limitaciones que atenazaban su vida familiar y profesional. Nuestros encuentros planificados concluyeron con este comentario relativamente optimista que realizó en su última sesión: «Sería estúpido que mi resistencia al compromiso arruinase mi relación con Delanie».

Después de ese episodio pasé cuatro años sin saber nada de Bill hasta que, un buen día, llamó solicitando una cita. Durante ese tiempo, Bill había consolidado, en muchos sentidos, sus logros terapéuticos: Delanie y él llevaban casi tres años felizmente casados y también reconoció que ejercía un parentaje más claro con Randy, ayudándole a superar una difícil ruptura con su novia y a resolver sus problemas escolares. Asimismo, Delanie y él habían progresado en sus respectivas carreras de un modo que favorecía su desarrollo profesional. Pero había dos problemas que se resistían tercamente a desaparecer, la fobia a volar –porque su falta de confianza con el terapeuta conductual había impedido que llevase a cabo más de cuatro sesiones– y la «guerra» entre Cassie y Delanie, que le había obligado a mantener con su hija, en los últimos tres años, un contacto estrictamente epistolar. Y es que, a pesar de la cortesía de los primeros encuentros, las cartas de Cassie afirmaban rotundamente que «jamás podría aceptar a Delanie y no quería volver a verla». A ese profundo dilema se enfrentaba ahora y por ello recababa nuevamente mi ayuda «para ponerme en pie, ser un hombre y hacer lo que debo».

Pero Bill no era el único que, durante ese tiempo, había progresado personal y profesionalmente. Yo, por mi parte, había desarrollado una terapia postmoderna que incorporaba nuevos conceptos y métodos –como los relacionados con la terapia de coherencia– que eran, en sí mismos, congruentes con mis anteriores procedimientos de trabajo, sin dejar por ello de imprimirles una orientación más experiencial. En cierto modo, las sesiones que habíamos mantenido anteriormente habían oscilado exclusivamente entre la narrativa externa de Bill, basada en los hechos, y mis intervenciones, frecuentemente reflexivas y orientadas a la búsqueda de significado, invitándole a pasar de los hechos «brutos» de su problema a su significado personal. Ahora, sin embargo, me sentía más inclinado a alentar una exploración interna emocional y sostenida de la postura problemática que pudiese ayudar al cliente a identificar y articular las poderosas premisas tácitas sobre las que se asienta su conducta sintomática. Contemplando, desde la perspectiva de la coherencia, la queja crónica de Bill, pude interpretar su motivación para trascender la pauta de evitación ansiosa de Cassie

como una *posición antisíntoma* que motivaba su vuelta a la terapia. El dolor que le causaba ese «callejón sin salida» era muy real y mi primer empeño fue, en consecuencia, el de ayudarle a articularlo y responder a él con auténtica empatía. Pero mi objetivo último era ayudarle a enfrentarse a un problema de orden superior, el propósito oculto, el sistema de significados e intenciones que constituía su *posición prosíntoma* inconsciente. La mayor parte de la sesión consistió, por tanto, en un *cuestionamiento radical* que apuntase al objetivo de llevar a Bill a «enfrentarse» de un modo experiencialmente vívido a esos constructos profundamente integrados sin pretender, en modo alguno, interpretarlos, invalidarlos ni desafiarlos. Una vez claramente definidas las posturas prosíntoma y antisíntoma, yo esperaba que la dolorosa y reiterada historia de la relación con su hija cobrase un nuevo sentido, estableciendo el contexto para una afirmación consciente de una u otra posición o la posible integración de ambas en un relato más comprehensivo.

Apelando a la técnica de *privación del síntoma*, pedí entonces a Bill que cerrase los ojos y «esbozase una imagen clara de Delanie y Cassie juntas, llevando a cabo una actividad rutinaria y cotidiana» para ver cómo experimentaría la «realidad» en ausencia de la habitual distancia que las separaba. Al cabo de unos momentos de silencio, Bill dijo, visiblemente sobresaltado: «Aunque me gustaría decir que ha sido maravilloso, mi primera reacción ha sido un sudor frío seguido de un enfrentamiento terrible entre dos personas muy tercas». Intrigado, le pedí que permaneciese simplemente con esa escena durante unos instantes y «me hiciese saber si aparecía algo más». Esta invitación disparó una *serie de accesos* a significados sentidos en la que empezó enumerando un temblor de mandíbula «muy semejante al pánico interno que le acometía cada vez que debía subir a un avión». Y, después de tragar saliva, abrió los ojos y dijo: «Quizás el problema no radique en que Cassie y Delanie no puedan estar juntas, sino en que Cassie y yo no podemos estar juntos». Y, después de quedarse callado unos instantes, añadió: «Y esto es algo a lo que ahora no puedo enfrentarme».

En lugar de enfrascarnos entonces en una discusión abstracta sobre ese punto muerto, utilicé la técnica de *completar frases* para mantener a Bill en contacto con las implicaciones adicionales elicitadas por su actitud prosíntoma. Y ello implicaba empezar una frase como, por ejemplo, «Si Cassie viniera, yo…» que, sin mediar reflexión, él debía completar. Su primera respuesta a la mencionada frase fue predecible

y segura, «…estaría muy contento de verla». La segunda fue un poco más profunda, «me pondría muy nervioso ante la posibilidad de perder a una, a la otra o a las dos». Y, cuando sus ojos se humedecieron, le animé a darme una tercera respuesta, a lo que respondió: «…la vería abandonar definitivamente mi vida». Enjugándose las lágrimas, Bill evocó entonces un recuerdo de cuando Cassie tenía nueve años, en la que él estaba sentado, con ella acurrucada a su lado, diciéndole que pronto sería una adolescente y una persona «mayor». En ese momento, la pequeña Cassie le aseguró, abrazándole amorosamente, que «siempre sería su niña pequeña», un comentario que desató su llanto y le obligó a quitarse las gafas, para limpiarse y seguir sollozando en silencio.

Con todos los elementos de su posición prosíntoma a la vista, resultó evidente el objetivo profundo que llevaba a Bill a mantener la distancia con Cassie, a pesar del coste que ello implicaba tanto para su relación como para su nuevo matrimonio. Al finalizar la sesión, escribí en una ficha una frase que le pedí que leyera lentamente en voz alta: «Por más dolorosa que sea la situación en la que ahora me encuentro, prefiero sufrir esta terrible distancia de Cassie que arriesgarme a verla abandonar definitivamente mi vida y no volver a sentir en torno a mi cuello sus brazos diciéndome, "Todavía soy tu niña pequeña"». Atragantándose a la hora de pronunciar la palabra «brazos», Bill acabó balbuciendo la frase y, secándose las lágrimas, señaló más calmado que asumir conscientemente esa postura «me hace entender, desde una perspectiva completamente diferente, las cosas que he estado haciendo». Mi invitación a que leyese la ficha unas cuantas veces al día sin pretensión alguna de modificar su conducta, le permitió cultivar una conciencia más profunda de sus intenciones, cuyos frutos se tornaron evidentes en nuestra sesión final de seguimiento, programada para un mes más tarde.

Cuando Bill se presentó a nuestra última sesión, parecía algo más joven y fuerte y los profundos surcos de preocupación que me había acostumbrado a ver en su frente se habían suavizado. Pero el progreso conductual era más notable si cabe: había enviado varias cartas directas pero compasivas a Sally urgiéndola, por el bien de sus hijos, a «enterrar el hacha de guerra»; expresándole a Randy la necesidad, para alentar su «especial relación padre-hijo», de que «respetase a Delanie» y brindándole a esta consuelo y comprensión sobre varias preocupaciones y sentimientos que habían tenido desde que, dos años atrás, muriese su querido padre. Pero lo más importante es que

también escribió a Cassie para plantearle la posibilidad de una nueva visita y prometerle que continuaría las llamadas telefónicas semanales que había iniciado desde nuestra última sesión y señalando también que le enviaría futuras cartas firmadas por él y Delanie. Y hay que destacar que Bill subrayó que «no lo hacía debido a la presión de Delanie, sino porque ya no podía seguir viviendo en ese callejón sin salida». Esos cambios tan notables indicaban que la posición prosíntoma que había aflorado durante la sesión anterior, abría a Bill a opciones conductuales reales anteriormente inconscientes y, en consecuencia, «fuera de su alcance».

Una llamada telefónica de seguimiento realizada tres meses después por Bill no hizo sino corroborar el avance y proporcionar pruebas de un progreso adicional bastante sorprendente: Bill había subido a un avión –por vez primera en una década– a causa de su trabajo y se había planeado también la posibilidad de viajar en avión para ver a Cassie. De algún modo, según dijo, el miedo a sentirse «encerrado» había remitido sin que pudiese, no obstante, explicar por qué. De este modo, la terapia de Bill ilustra los procesos tanto explícitos como tácitos del cambio terapéutico, así como varios procedimientos postmodernos que permiten cartografiar el sistema de significados de los clientes, aclarar sus pautas de relación, alentar una reflexión más profunda y consolidar el perfil de la narrativa vital emergente elegida. Y también pone de relieve el grado de desarrollo personal y profesional tanto de terapeutas como de clientes, un crecimiento que se ve apoyado y alentado por la práctica en continua evolución de la psicoterapia postmoderna.

Conclusión

El constructivismo es una práctica clínica filosóficamente sofisticada, prácticamente útil y empíricamente sensible que, en las próximas décadas, parece destinada a prosperar. Pero existen varios factores, tanto intrínsecos a los enfoques postmodernos como ajenos a ellos, que pueden afectar a la velocidad y dirección de ese desarrollo alentando, en algunos dominios, la ampliación de estas perspectivas, al tiempo que inhibiéndola en otras.

Entre los factores tendentes a alentar la extensión del constructivismo, el construccionismo social y los abordajes narrativos, cabe destacar su notoria flexibilidad para conceptualizar las limitaciones de la vida de las personas que se originan en muy diversos niveles, tanto individuales como culturales, y su creativa búsqueda de un amplio y creciente conjunto de técnicas para evaluar y aumentar los sistemas de creación de significado. Esos mismos factores hacen que este tipo de abordaje resulte compatible tanto con las psicologías de corte humanista, que tienen en muy alta estima la singularidad de cada cliente, como con las terapias crítico-radicales que se esfuerzan en deconstruir el papel de los discursos culturales opresivos que someten a grupos e individuos. Los factores externos, como la creciente diversidad étnica, cultural y de estilos de vida que afectan a muchas naciones, alientan también el desarrollo de perspectivas que no se apoyan tanto en creencias sobre lo que es una conducta «normal» o «anormal» y ofrecen, en su lugar, un amplio y sutil abanico de conceptos y métodos que contribuyen a afrontar respetuosamente la amplia diversidad de la experiencia humana. El

acicate de las terapias breves constituye, además, un buen augurio para los abordajes postmodernos que trabajan con individuos, familias y grupos y que comparten un énfasis optimista en los procesos humanos de cambio y su facilitación a través de procedimientos experienciales eficaces. La tendencia actual, por último, hacia la integración de distintas psicoterapias resulta compatible con la multifacética perspectiva postmoderna, que ha influido en el desarrollo de tradiciones como la psicodinámica y las terapias humanistas y cognitivas y en contextos que incluyen a individuos, familias y grupos. Sin embargo, la poderosa orientación epistemológica del constructivismo y las teorías del construccionismo social también les lleva a ser cautelosos para no caer en una indiscriminada mezcolanza de principios y procedimientos y abogar, en su lugar, por una integración selectiva de perspectivas que compartan compromisos metateóricos esenciales (Messer, 1987; R.A Neimeyer, 1993b).

Pero la misma riqueza y sutileza que hace atractivas las ideas postmodernas para los profesionales experimentados de diferentes escuelas probablemente también obstaculice su aceptación por parte de muchos estudiosos que se decantan por la simplicidad aparente de abordajes más descriptivos y gobernados por reglas. De igual modo, el compromiso por la delicada interacción de cliente y terapeuta que caracteriza a los abordajes constructivista y construccionista social plantea importantes retos a los investigadores del ámbito de la psicoterapia, que prefieren corroborar el beneficio medio de intervenciones estandarizadas para el tratamiento de una categoría diagnóstica bien definida de clientes. Aunque existen enfoques constructivistas cuya eficacia se ha visto favorablemente acogida (Greenberg *et al.*, 1994; Holland *et al.*, 2007), la tendencia de los investigadores constructivistas a agrupar a los pacientes teniendo más en cuenta sus problemas (por ejemplo, «postergación en el ámbito laboral») que sus diagnósticos psiquiátricos (como, por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada), va en contra de su inclusión en las listas aprobadas de prácticas basadas en evidencias para determinados trastornos, independientemente del número de estudios realizados al respecto. Pero lo más serio tal vez sea el espíritu revolucionario de «resistencia» a determinados aspectos de la corriente general que los postmodernos consideran opresivos y patológicos y que pueden resultar amenazadores para los poderosos intereses de la disciplina de la psicología clínica, que tienden a gravitar en torno a

modalidades de terapia más conservadoras y replicables que parecen ofrecer la doble ventaja de diseminación masiva y diferenciación de los «productos» ofrecidos por otro tipo de profesionales de la terapia.

Como todos los modelos de psiccoterapia, en suma, los abordajes constructivistas a la práctica clínica nos proporcionan un extracto único y en continua evolución de tendencias culturales e intelectuales diferentes, centradas en el objetivo práctico de mejorar la condición humana. Espero que los conceptos, procedimientos y ejemplos recopilados en este texto tengan algún valor para el lector y le animen a seguir esforzándose a resolver los problemas y mejorar la vida de los individuos, las familias y comunidades con las que trabaje.

Referencias bibliográficas

Adams-Webber, J.R. (2001) «Prototypicality of self and evaluating others in terms of Tuzzy' constructs», *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 315-324.

Alexander, P.C., Neimeyer, R.A. y Follette, V.M. (1991) «Group therapy for women sexually abused as children: A controlled study and investigation of individual differences», *Journal of Interpersonal Violence*, 6: 219-231.

Alexander, P.C., Neimeyer, R.A., Follette, V.M., Moore, M.K. y Harter, S.L. (1989) «A comparison of group treatments of women sexually abused as children», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 479-483.

Allport, G.W. (1961) *Pattern and Growth in Personality*. Nueva York: Holt.

Angus, L.E. (1992) «Metaphor and the communication interaction in psychotherapy», en S.G. Toukmanian y D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research*, pp. 187-210. Newbury Park, CA: Sage.

Appignanesi, R. y Garratt, C. (1995) *Postmodernism for Beginners*. Cambridge, UK: Icon/Penguin.

Arciero, G. y Guidano, V. (2000) «Experience, explanation, and the quest for coherence», en R.A. Neimeyer y J.D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder*, pp. 91-117. Washington, DC: American Psychological Association.

Baker, K.D. y Neimeyer, R.A. (2003) «Therapist training and client characteristics as predictors of treatment response to group therapy for depression», *Psychotherapy Research*, 13: 135-151.

Bateson, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. Nueva York: Dutton.

Beck, A.T. (1993) «Cognitive therapy: Past, present, and future», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 194-198.

Beutler, L.E. y Clarkin, J.F. (1990) *Systematic Treatment Selection*. Nueva York: Brunner Mazel.

Bohart, A.C. y Tallman, K. (1999) *How Clients Make Therapy Work*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bright, J.I., Baker, K.D. y Neimeyer, R.A. (1999) «Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of

cognitive-behavioral and mutual support interventions», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 491-501.

Brown, L.S. (2000a) «Discomforts of the powerless», en R.A. Neimeyer y J.D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder*, pp. 287-308. Washington, DC: American Psychological Association.

Brown, L.S. (2006) «Feminist therapy», en C.R. Snyder y R.E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change*, pp. 358-380. Nueva York: Wiley.

Buber, M. (1970) *I and thou*. Nueva York: Charles Scribner's Sons.

Dempsey, D.J. y Neimeyer, R.A. (1995) «Organization of personal knowledge: Convergent validity of implications grids and repertory grids as measures of system structure», *Journal of Constructivist Psychology*, 8: 251-261.

Derrida, J. (1978) *Writing and Difference*. Chicago: University of Chicago Press.

DiLollo, A., Neimeyer, R.A. y Manning, W.H. (2002) «A personal construct psychology view of relapse: Indications for a narrative therapy component to stuttering treatment», *Journal of Fluency Disorders*, 27: 19-42.

Ecker, B. y Hulley, L. (1996) *Depth-oriented Brief Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Ecker, B. y Hulley, L. (2000) «The order in clinical "disorder": Symptom coherence in depth-oriented brief therapy», en R.A. Neimeyer y J.D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder*, pp. 63-90. Washington, DC: American Psychological Association.

Ecker, B. y Hulley, L. (2008) «Coherence therapy: Swift change at the roots of symptom production», en J.D. Raskin y S.K. Bridges (Eds.) *Studies in Meaning*, Vol. 3, pp. 57-84. Nueva York: Pace University Press.

Ecker, B. y Toomey, B. (2008) «Depotentiation of symptom-producing implicit memory in coherence therapy», *Journal of Constructivist Psychology*, 21: 87-150.

Efran, J. y Cock P.F. (2000) «Linguistic ambiguity as a diagnostic tool», en R.A. Neimeyer y J.D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder*, pp. 121-143. Washington, DC: American Psychological Association.

Efran, J.S. y Fauber, R.L. (1995) «Radical constructivism: Questions and answers», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 275-302. Washington, DC: American Psychological Association.

Efran J.S. Lukens, M.D. y Lukens R.J. (1990) *Language, Structure and*

Change. Nueva York: Norton.

Epston, D. y White M. (1995) «Termination as a rite of passage: Questioning strategies for a therapy of inclusion», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 339-356. Washington, DC: American Psychological Association.

Eron, J.B. y Lund T.W. (1996) *Narrative Solutions in Brief Therapy*. Nueva York: Guilford Press.

Feixas, G. (1992) «Personal construct approaches to family therapy», en R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 2, pp. 217-255. Greenwich, CT: JAI Press.

Feixas, G. (1995) «Personal constructs in systemic practice», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 305-337. Washington, DC: American Psychological Association.

Feixas, G., Geldschlager, H. y Neimeyer, R.A. (2002) «Content analysis of personal constructs», *Journal of Personal Construct Psychology*, 15: 1-19.

Feixas G., Moliner J.L., Montes J.N. Mari M.T. y Neimeyer, R.A. (1992) «The stability of structural measures derived from repertory grids», *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(1), 25-40.

Fireman, G.D., McVay, T.E. y Flanagan, O.J. (Eds.) (2003) *Narrative and Consciousness*. Nueva York: Oxford University Press.

Foucault, M. (1970) *The Order of Things*. Nueva York: Pantheon.

Frankel, Z.F. y Levitt, H.M. (2006) «Postmodern strategies for working with resistance: Problem resolution or self-resolution?» *Journal of Constructivist Psychology*, 19: 219-250.

Frankel, Z.F., Levitt, H.M., Murray, D.M., Greenberg, L.S. y Angus, L.E. (2006) «Assessing psychotherapy silences: An empirically derived categorization system and sampling strategy», *Psychotherapy Research*, 16: 627-638.

Fransella, F. (1993) «The construct of resistance in psychotherapy», en L. Leitner y G. Dunnett (Eds.), *Critical Issues in Personal Construct Psychology*, pp. 117-134. Malabar, CA: Krieger.

Fransella, F. y Bannister, D. (1977) *A Manual for Repertory Grid Technique*. Nueva York: Academic Press.

Fransella, F., Bell, R. y Bannister, D. (2004) *A Manual for Repertory Grid Technique*, 2ª ed. Chichester, UK: Wiley.

Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (1997) *Playful Approaches to Serious Problems*. Nueva York: Norton.

Freud, S. (1964) «An outline of psycho-analysis», en *Standard Edition*, Vol. 23. London: Hogarth Press. (Publicado originalmente en

1940.)

Gendlin, E.T. (1996) *Focusing-oriented Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

Gergen, K.J. (1991) *The Saturated Self*. Nueva York: Basic Books.

Gergen, K.J. (1999) *An Invitation to Social Construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Goldfried, M.R. (1995) *From Cognitive-behavior Therapy to Psychotherapy Integration*. Nueva York: Springer. Traducción española: *De la terapia de cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración.* Editorial Desclée De Brouwer.

Gonçalves, M.M., Matos, M. y Santos, A. (en prensa) «Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change», en J.D. Raskin, S.K. Bridges y R.A. Neimeyer (Eds.), *Studies in Meaning*, Vol. 4. Nueva York: Pace University Press.

Greenberg, L., Elliott, R. y Lietaer, G. (1994) «Research on experiential therapies», en A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4ª ed., pp. 509-539. Nueva York: Wiley.

Greenberg, L., Elliott, R. y Rice, L. (1993) *Facilitating Emotional Change*. Nueva York: Guilford Press.

Greenberg, L.S., Watson, J.C. y Lietaer, G. (Eds.) (1998) *Handbook of Experiential Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

Guidano, V.F. (1991) *The Self in Process*. Nueva York: Guilford Press.

Guidano, V.F. (1995) «Constructivist psychotherapy: A theoretical framework», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 93-108. Washington, DC: American Psychological Association.

Hardison, H. y Neimeyer, R.A. (2007) «Numbers and narratives: Quantitative and qualitative convergence in constructivist assessment», *Journal of Constructivist Psychology*, 20: 285-308.

Harré, R. y Gillett, R. (1994) *The Discursive Mind*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Harter, S.L. (1995) «Construing on the edge», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 371-383, Washington, DC: American Psychological Association.

Held, B.S. (1995) *Back to Reality*. Nueva York: Norton.

Hermans, H. (1995) *Self-narratives: The Construction of Meaning in Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

Hermans, H. (2002) «The person as a motivated storyteller», en R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct*

Psychology, Vol. 5, pp. 3-38. Westport, CT: Praeger.

Hermans, H. y Dimaggio, G. (Eds.) (2004) *The Dialogical Self in Psychotherapy*. Nueva York: Routledge.

Hinkle, D. (1965) *The Change of Personal Constructs from the Viewpoint of a Theory of Implications*. Unpublished Dissertation, The Ohio State University, Columbus, OH.

Hoffman, L. (1992) «A reflexive stance for family therapy», en S. McNamee y K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*, pp. 7-24. Newbury Park, CA: Sage.

Holland, J.M. y Neimeyer, R.A. (en prensa) «The efficacy of personal construct therapy as a function of the type and severity of the presenting problem», *Journal of Constructivist Psychology*.

Holland, J., Neimeyer, R.A., Currier, J. y Berman, J.S. (2007) «The efficacy of personal construct therapy: A comprehensive review», *Journal of Clinical Psychology*, 63: 93-107.

Holzman, L. y Morss, J. (Eds.) (2000) *Postmodern Psychologies, Societal Practice, and Political Life*. Nueva York: Routledge.

Jankowicz, D. (2003) *The Easy Guide to Repertory Grids*. Chichester, UK: Wiley.

Jung, C.G. (1971) «The structure of the psyche», en *The Portable Jung*, pp. 23-46. Nueva York: Viking.

Kazantzis, N. y L'Abate, L. (Eds.) (2006) *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy*. Nueva York: Kluwer.

Kelly, G.A. (1969) «The language of hypothesis», en B. Mahrer (ed.), *Clinical Psychology and Personality*, pp. 147-162. Nueva York: Wiley.

Kelly, G.A. (1977) «The psychology of the unknown», en D. Bannister (ed.), *New Perspectives in Personal Construct Theory*, pp. 1-19. San Diego, CA: Academic Press.

Kelly, G.A. (1991) *The Psychology of Personal Constructs*. Nueva York: Routledge. (Publicado originalmente en 1955.)

Kernberg, O.F. (1976) *Object Relations Theory and Psychoanalysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. Nueva York: International Universities Press.

Lather, P. (1992) «Postmodernism and the human sciences», en S. Kvale (ed.), *Psychology and Postmodernism*, pp. 88-109. Newbury Park, CA: Sage.

Leitner, L.M. (1995) «Optimal therapeutic distance», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 357-370. Washington, DC: American Psychological Association.

Leitner, L.M. y Faidley, A.J. (1995) «The awful, aweful nature of role relationships», en R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 3, pp. 291-314. Greenwich, CT: JAI Press.

Leitner, L.M. y Faidley, A.J. (2002) «Disorder, diagnosis, and the struggles of humanness», en J.D. Raskin y S.K. Bridges (Eds.), *Studies in Meaning*, pp. 99-121. Nueva York: Pace University Press.

Leitner, L.M., Faidley, A. y Celantana, M. (2000) «Diagnosing human meaning making», en R.A. Neimeyer y J.D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder*, pp. 175-203. Washington, DC: American Psychological Association.

Levitt, H. y Angus, L. (1999) «Psychotherapy process measure research and the evaluation of psychotherapy orientation», *Journal of Psychotherapy Integration*, 9: 279-300.

Levitt, H.M., Neimeyer, R. A. y Williams, D.C. (2005) «Rules versus principles in psychotherapy: Implications of the quest for universal guidelines in the movement for empirically supported treatments», *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35: 117-129.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., et al. (2002) «The Dodo bird verdict is alive and well–Mostly», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 2-12.

Madigan, S.P. y Goldman, E.M. (1998) «A narrative approach to anorexia», en M.F. Hoyt (ed.), *Handbook of Constructive Therapies*, pp. 380-700. San Francisco: Jossey-Bass.

Mahoney, M.J. (1988) «Constructive metatheory I: Basic features and historical foundations», *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1: 299-315.

Mahoney, M.J. (1991) *Human Change Processes*. Nueva York: Basic Books.

Mahoney, M.J. (1993) «Theoretical developments in the cognitive psychotherapies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 187-193.

Martin, J. (1994) *The Construction and Understanding of Psychotherapeutic Change*. Nueva York: Teachers College Press.

Mascolo, M.F., Craig-Bray, L. y Neimeyer, R.A. (1997) «The construction of meaning and action in development and psychotherapy: An epigenetic systems approach», en G.J. Neimeyer y R.A. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 4, pp. 3-38. Greenwich, CT: JAI Press.

Messer, S.B. (1987) «Can the Tower of Babel be completed? A critique of the common language proposal», *Journal of Integrative and*

Eclectic Psychotherapy, 6: 195-199.

Messer, S.B. y Wampold, B.E. (2002) «Let's face facts: Common factors are more important than specific therapy ingredients», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 21-25.

Monk, G., Winslade, J., Crocket, K. y Epston, D. (1996) *Narrative Therapy in Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Neimeyer, G.J. (1992) «Personal constructs and vocational structure: A critique of poor reason», en R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 2, pp. 91-120. Greenwich, CT: JAI.

Neimeyer, G.J. (1993) *Constructivist Assessment: A Casebook*. Newbury Park, CA: Sage.

Neimeyer, G.J. y Fukuyama, M. (1984) «Exploring the content and structure of cross-cultural attitudes», *Counselor Education and Supervision*, 23: 214-224.

Neimeyer, G.J., Lee, J., Aksoy-Toska, G. y Phillip, D. (2008) «Epistemological commitments among seasoned therapists: Some practical implications of being constructivist», en J.D. Raskin y S.K. Bridges (Eds.), *Studies in Meaning*, Vol. 3, pp. 31-54. Nueva York: Pace University Press.

Neimeyer, R.A. (1988) «Clinical guidelines for conducting interpersonal transaction groups», *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1: 181-190.

Neimeyer, R.A. (1993a) «Constructivism and the cognitive therapies: Some conceptual and strategic contrasts», *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7: 159-171.

Neimeyer, R.A. (1993b) «Constructivism and the problem of psychotherapy integration», *Journal of Psychotherapy Integration*, 3: 133-157.

Neimeyer, R.A. (1993c) «Constructivist approaches to the measurement of meaning», en G.J. Neimeyer (Ed.), *Constructivist Assessment: A Casebook*, pp. 58-103. Newbury Park: CA: Sage. Traducción española: *Casos de terapia de constructos personales.* Editorial Desclée De Brouwer.

Neimeyer, R.A. (1995a) «An invitation to constructivist psychotherapies», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 1-8. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (1995b) «Constructivist psychotherapies: Features, foundations, and future directions», en R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*, pp. 11-38.

Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (1998) «Social constructionism in the counselling context», *Counselling Psychology Quarterly*, 11: 135-149.

Neimeyer, R.A. (1999) «George Kelly», en *Encyclopedia of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (2000) «Research and practice as essential tensions: A constructivist confession», en L.M. Vaillant y S. Soldz (Eds.), *Empirical Knowledge and Clinical Experience*, pp. 123-150. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (2002) «The relational co-construction of selves: A postmodern perspective», *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32: 51-59.

Neimeyer, R.A. (2004) *Constructivist Psychotherapy* [vídeo]. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (2006a) «Narrating the dialogical self. Toward an expanded toolbox for the counselling psychologist», *Counselling Psychology Quarterly*, 19: 105-120.

Neimeyer, R.A. (2006b) *Rainbow in the Stone*. Memphis, TN: Mercury.

Neimeyer, R.A., Anderson, A. y Stockton, L. (2001) «Snakes versus ladders: A validation of laddering technique as a measure of hierarchical structure», *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 85-105.

Neimeyer, R.A. y Bridges, S.K. (2003) «Postmodern approaches to psychotherapy», en A. Gurman y S. Messer (Eds.), *Essential Psychotherapies*, 2ª ed., pp. 272-316. Nueva York: Guilford Press.

Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1990) «Constructivist contributions to psychotherapy integration», *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9: 4-20.

Neimeyer, R.A., Harter, S. y Alexander, P.C. (1991) «Group perceptions as predictors of outcome in the treatment of incest survivors», *Psychotherapy Research*, 1: 149-158.

Neimeyer, R.A., Klein, M.H., Gurman, A.S. y Greist, J.H. (1983) «Cognitive structure and depressive symptomatology», *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1: 65-73.

Neimeyer, R.A. y Mahoney, M.J. (Eds.) (1995) *Constructivism in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. y Winter, D.A. (2006) «Personal construct therapy», en N. Kazantzis y L. L'Abate (Eds.), *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy*. Nueva York: Kluwer.

Neisser, U. y Fivush, R. (Eds.) (1994) *The Remembering Self. Cambridge*,

UK: Cambridge University Press.

Norcross, J.C. (1986) «Eclectic psychotherapy: An introduction and overview», en J.C. Norcross (ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, pp. 3-24. Nueva York: Brunner Mazel.

Palmer, P.J. (2000) *Let Your Life Speak: Listening to the Voice of Vocation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Parker, I. (2000) «Four story-theories about and against postmodernism in psychology», en L. Holzman y J. Morss (Eds.), *Postmodern Psychologies*, pp. 29-47. Nueva York: Routledge.

Polanyi, M. (1958) *Personal Knowledge*. Nueva York: Harper.

Procter, H.G. (1987) «Change in the family construct system», en R.A. Neimeyer y G.J. Neimeyer (Eds.), *Personal Construct Therapy Casebook*, pp. 153-171. Nueva York: Springer.

Raskin, J.D. y Lewandowski, A.M. (2000) «The construction of disorder as human enterprise», en R.A. Neimeyer y J.D. Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder*, pp. 15-39. Washington, DC: American Psychological Association.

Rennie, D.L. (1992) «Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy», en S.G. Toukmanian y D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Research*, pp. 211-233. Newbury Park, CA: Sage.

Robinson, L.A., Berman, J.S. y Neimeyer, R.A. (1990) «Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research», *Psychological Bulletin*, 108: 30-49.

Rogers, C.R. (1951) *Client-centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (1961) *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.

Sacks, O. (1998) *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*. Nueva York: Touchstone.

Saleebey, D. (1998) «Constructing the community: Emergent uses of social constructionism in economically distressed communities», en C. Franklin y P.S. Nurius (Eds.), *Constructivism in Practice*, pp. 291-310. Milwaukee, WI: Families International.

Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2001a) «Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration», *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 247-266.

Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2001b) «Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases», *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 267-283.

Sewell, K.W., Baldwin, C.L. y Moes, A.J. (1998) «The multiple self-awareness group», *Journal of Constructivist Psychology*, 11: 59-78.

Spence, D. (1982) *Narrative and Historial Truth*. Nueva York: Norton.

Vaihinger, H. (1924) *The Philosophy of «As If»*. Berlín, Alemania: Reuther & Reichard.

Vasco, A.B. (1994) «Correlates of constructivism among Portuguese therapists», *Journal of Constructivist Psychology*, 7: 1-16.

Vincent, N. y LeBow, M. (1995) «Treatment preference and acceptability: Epistemology and locus of control», *Journal of Constructivist Psychotherapy*, 8: 81-96.

Viney, L.L. (1988) «Which data-collection methods are appropriate for a constructivist psychology?» *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1: 191-203.

Viney, L.L., Metcalfe, C. y Winter, D.A. (2005) «The effectiveness of personal construct psychotherapy: A meta-analysis», en D. Winter y L. Viney (Eds.), *Personal Construct Psychotherapy; Advances in Theory, Practice, and Research*, pp. 347-364. Londres: Whurr.

Wachtel, P. (1991) «From eclecticism to synthesis: Toward a more seamless psychotherapy integration», *Journal of Psychotherapy Integration*, 1: 43-54.

Weber, C., Bronner, E., Their, P., Kingreen, D. y Klapp, B. (2000) «Body construct systems of patients with hematological malignancies», en J.W. Scheer (ed.), *The Person in Society: Challenges to a Constructivist Theory*, pp. 328-339. Giessen, Alemania: Psychosozial Verlag.

Whitaker, C.A. y Keith, D.V. (1981) «Symbolic-experiential family therapy», en A.S. Gurman y D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy*, pp. 187-225. Nueva York: Brunner Mazel.

White, M. y Epston, D. (1990) *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Nueva York: Norton.

Williams, A.M., Diehl, N.S. y Mahoney, M.J. (2002) «Mirrortime: Empirical findings and implications for a constructivist psychotherapeutic technique», *Journal of Constructivist Psychology*, 15: 21-40.

Winslade, J. y Monk, G. (2001) *Narrative Mediation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Winter, D.A. (1990) «Therapeutic alternatives for psychological disorder», en G.J. Neimeyer y R.A. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 1, pp. 89-116. Greenwich, CT: JAI.

Winter, D.A. (1992) *Personal Construct Psychology in Clinical Practice*. Londres: Routledge.

Winter, D.A. y Watson, S. (1999) «Personal construct theory and the cognitive therapies: Different in theory but can they be

differentiated in practice?» *Journal of Constructivist Psychology*, 12: 1-22.

Índice analítico

La paginación corresponde a la edición impresa. Para realizar las búsquedas en el libro electrónico utilice el buscador propio del lector

Aaltonen, J. 137, 176
Abandono 51, 96
Afirmación abierta 124
Agente 47, 48, 52, 53, 54, 59, 61, 66, 67, 79, 122, 128, 129, 148
Aksoy-Toska, G. 56, 173
Alakare, B. 137, 176
Alexander, P. 143, 167, 175
Alianza terapéutica 141, 195
Allport, G. 43, 167
Anderson, A. 66, 174
Angus, L. 94, 100, 142, 143, 167, 170, 172
Anorexia 140, 172
Ansiedad 17, 18, 34, 52, 94, 95, 110, 116, 143, 147, 148, 151, 156, 165
Ansiedad social 110
Appignanesi, R. 38, 167
Arciero, G. 108, 167
Argumentos racionales 124
Arousal fisiológico 85
Ataques secuenciales 127
Atención focal 88
Autocontrol 43, 44, 45, 123, 151
Autocrítica 85, 128
Autoeficacia 44, 77
Autoimportancia 77
Autoprotección 115, 152

Autorrealización 44
Aventura 69

Baja autoestima 53, 127, 128
Baker, K. 142, 146, 168
Baldwin, C. 108, 176
Bannister, D. 60, 142, 170, 172
Bartlett, F. 29
Bateson, G. 70, 168
Beck, A. 44, 168
Bell, R. 60, 170
Berman, J. 142, 143, 171, 172, 175
Beutler, L. 146, 168
Biología 47, 136
Bohart, A. 13, 111, 120, 168
Borde de avance 110
Bosquejo de carácter 119
Bridges, S. 13, 99, 168, 170, 172, 173, 174
Bright, J. 142, 168
Bronner, E. 72, 176
Brown, L. 13, 60, 111, 168
Buber, M. 91, 168

Cambio 18, 20, 30, 41, 44, 45, 47, 55, 60, 72, 81, 95, 97, 107, 109, 111, 112, 115, 116, 120, 121, 123, 124, 126, 128, 131, 132, 136, 142, 143, 144, 146, 161, 164
Cambio de conducta 112, 124
Campo intersubjetivo 44, 107
Cáncer 72
Celantana, M. 54, 172
Científicos neófitos 55
Codificación de contenidos 71
Codificación narrativa y de contenidos 142
Completar frases 159
Comprensión 19, 49, 68, 87, 90, 110, 111, 112, 121, 123, 133, 134, 137, 143, 151, 160
Compromiso empático 89
Comunión con los demás 77
Concepción de la identidad 44
Conciencia 26, 60, 81, 82, 88, 89, 90, 91, 94, 97, 108, 123, 125, 151, 160
Conciencia subsidiaria 88
Conclusión de la terapia 8, 134
Conducta no asertiva 53

Congruencia 91
Conocedor de su propia experiencia 113
Conocimiento personal 7, 29, 31, 88
Conocimiento relacional 91
Consideración positiva incondicional 91
Construcción de la realidad 13
Construcción de significado 54, 81
Construcciones sociales 38
Construccionismo social 137, 163, 164
Constructivismo 11, 12, 13, 21, 45, 49, 53, 54, 55, 59, 139, 147, 163, 164
Constructos 8, 27, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 44, 53, 61, 62, 63, 65, 66, 71, 72, 76, 89, 90, 95, 115, 116, 122, 150, 158
Constructos esenciales 53, 72, 95
Constructos lingüísticos 27
Constructos personales 30, 37, 38, 61, 63, 66, 71, 72, 95, 115, 122, 150
Construir 53, 54, 90, 146
Consulta intermitente a largo plazo 107
Contexto social 49, 141
Contingencias de refuerzo 115
Continuidad 20
Contratos de pareja 124
Conversación exteriorizadora 130, 152
Cook, P. 45
Craig-Bray, L. 47, 173
Creencias metateóricas 147
Cuestionamiento 62, 67, 123, 131, 158
Cuestionamiento circular 67
Cuestionamiento de influencia relativa 131
Cuestionamiento radical 123, 158
Cuestiones éticas 140
Cuestiones facilitadoras 65
Culpa 19, 53, 54, 149, 152, 153, 154
Currier, J. 13, 143, 171

Deconstrucción 7, 43, 45
Déficit motivacional 115
Déficits conductuales 131
Dempsey, D. 72, 142, 168
Depresión 48, 63, 110, 122, 130, 132, 135
Derrida, J. 39, 168
Desarrollo vocacional 72
Desde-hacia 88, 89

Desempeñar un papel 64, 90
Desenlaces únicos 131
Desensibilización 156
Desequilibrios bioquímicos 131
Desorden 140
Despliegue por parte del terapeuta 90
Diagnóstico 17, 43, 51, 52, 54, 60
Diagnóstico psiquiátrico 60
Diálogo abierto 137
Diálogo con el sufrimiento 100
Diálogo interno 81
Diario 83, 84, 132
DiLollo, A. 132, 168
Dimaggio, G. 45, 171
Dinámica grupal 143
Discurso 25, 41, 44, 55, 89, 97, 103, 104
Distorsiones cognitivas 131
Diversidad 21, 30, 55, 72, 121, 133, 139, 140, 147, 163, 164
Dryden, W. 12
Dust Bowl 30

Ecker, B. 13, 107, 112, 116, 121, 122, 128, 168, 169
Eclecticismo 145, 146
Eclecticismo sistemático 146
Eclecticismo técnico 145, 146
Ecología social del significado 8
Efectos 71, 124, 131, 153
Efectos reales 131
Efran, J. 45, 56, 108, 169
Elección 115, 149
Elección ambivalente 115
Elliott, R. 110, 143, 170
Emoción 12, 93, 94, 95, 96, 151
Empatía 91, 158
Empoderamiento 111
Enfermedad 18, 49, 59
Enfermedad mental 49
Ensayo cognitivo 124
Entrevista de lazo 8, 67, 68
Epston, D. 13, 55, 116, 129, 131, 132, 133, 134, 140, 141, 169, 170, 173, 177
Eron, J. 61, 111, 169
Errores cognitivos 30

Errores de rastreo 99
Escalamiento 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 142, 149, 150
Esquemas 29, 73
Esquizofrenia 60
Estímulos 27, 29, 33, 101
Estructura 8, 27, 68, 69, 107, 108, 119, 142
Evaluación 8, 31, 42, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 65, 68, 72, 75, 77, 78, 79, 81, 84, 85, 116, 119, 141, 142, 148
Evaluación constructivista 31, 59
Experiencia 8, 18, 26, 27, 29, 35, 46, 49, 53, 56, 57, 71, 72, 76, 89, 94, 96, 97, 98, 101, 105, 113, 134, 147, 148, 164

Faidley, A. 54, 90, 172
Familia 19, 20, 35, 49, 53, 67, 71, 99, 100, 127, 130, 131, 132, 148, 155, 156
Farmacoterapia 135, 136, 137
Fauber, R. 56, 169
Feixas, G. 13, 70, 71, 72, 146, 169, 175
Ficción 7, 27
Filiación del investigador 142
Filosofía constructivista 12
Fingimiento 116
Fireman, G. 29, 169
Fivush, R. 29, 175
Flanagan, O. 169
Fobia a volar 156
Focusing 151
Follette, V. 143, 167
Formación espiritual 18
Fortalezas 61, 139
Foucault, M. 39, 169
Fracaso de abordajes 124
Frankel, Z. 13, 100, 115, 116, 169, 170
Fransella, F. 60, 72, 140, 142, 170
Freeman, J. 132, 170
Freud, S. 43, 170
Fukuyama 72, 173
Funcionamiento del ego 43

Garratt, C. 38, 167
Geldschlager, H. 71, 169
Gendlin, E. 88, 109, 151, 170
Gergen, K. 13, 41, 45, 170, 171
Gesto 95, 124, 125

Gillett, R. 55, 171
Gillies, J. 13
Goldfried, M. 145, 170
Goldman, E. 141, 172
Gonçalves, M. 132, 170
Gran depresión 30
Greenberg, L. 13, 96, 100, 110, 143, 164, 170
Greist, J. 72, 175
Grupo de conciencia del yo múltiple 108
Grupo de transacción interpersonal 108
Grupos de apoyo mutuo 142
Guidano, V. 13, 44, 108, 167, 170
Gurman, A. 72, 174, 175, 177

Hardison, H. 142, 171
Harter, S. 51, 143, 167, 171, 175
Held, B. 87, 171
Hermans, H. 13, 45, 75, 76, 77, 78, 79, 171
Hinkle, D. 61, 72, 171
Historia de una vida saturada de problemas 129
Historia preferida 132
Hoffman, L. 67, 171
Holland, J. 13, 143, 164, 171
Holzman, L. 140, 141, 171, 175
Hulley, L. 107, 112, 116, 121, 122, 168
Humanistas 43, 44, 111, 164

Identidad 20, 21, 29, 44, 45, 46, 47, 54, 60, 61, 88, 95, 116, 127, 133, 140
Identidades ficticias 30, 37
Identidad personal 44, 45
Iglesia afroamericana 17
Ilustración 37
Imagen de sí 140
Imaginación 88, 94
Incertidumbre profesional 132
Inconsciente 122, 123, 158
Individualismo 30, 45
Inflexiones co-verbales 104
Integración 98, 122, 145, 146, 147, 158, 164
Integración de la psicoterapia 145
Integración teórica 146
Integración teórica progresiva (ITP) 146
Internamente orientados 56

Interpretación 13, 49, 69, 70, 112, 154
Intervenciones 56, 68, 70, 87, 97, 101, 105, 111, 112, 157, 164
Intervenciones experienciales 112
Intervenir en el significado 28
Intimidad 76, 79
Ira 123, 126

Jankowicz, D. 73, 171
Jung, C 101, 171

Kant, I. 26
Kazantzis, N. 120, 171, 175
Keith, D. 145, 177
Kelly, G. 13, 30, 33, 34, 37, 44, 49, 53, 55, 61, 71, 89, 90, 95, 97, 103, 107, 108, 109, 112, 115, 119, 121, 136, 171, 172, 174
Kernberg, O. 43, 172
Kingreen, D. 72, 176
Klapp, B. 72, 176
Klein, M. 72, 175
Kohut, H 43, 172
Korzybski, A. 27

L'Abate, L. 120, 171, 175
Lather, P. 45, 172
Lebow, N. 56, 176
Lee, J. 56, 173
Leitner, L. 13, 54, 85, 90, 111, 170, 172
Lenguaje 7, 26, 41, 94, 103, 104, 105
Lenguaje gestual 94
Levitt, H. 13, 87, 94, 100, 115, 116, 143, 169, 170, 172
Lewandowski, A. 52, 60, 175
Lietaer, G. 96, 143, 170
Lobovits, D. 132, 170
Luborsky, L. 142, 172
Lukens, M. 108, 169
Lukens, R. 108
Lund, D. 61, 111, 169

Madigan, S. 172
Madrastra 34
Mahoney, M. 13, 44, 49, 56, 81, 82, 85, 96, 108, 110, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177
Manning, W. 132, 168

Maoríes 140
Mapa visual de significado 72
Mari, M. 169
Martin, J. 105, 173
Mascolo, M. 47, 49, 141, 173
Matos, M. 132, 170
McVay, T. 29, 169
Mediación 130, 132, 140
Medicación 9, 135, 136, 137
Medicación psicotrópica 9, 135, 136, 137
Messer, S. 141, 146, 164, 173, 174
Metáfora 23, 93, 105
Metateoría constructivista 112
Metcalf, C. 143
Método de autoconfrontación 8, 75, 76, 79
Modelo epigenético 7, 47, 48, 49, 59, 67, 72, 79, 129, 141
Modernidad 37, 38, 45, 51
Modificación de la conducta observable 37
Moes, A. 108, 176
Moliner, J. 169
Momentos brillantes 131
Momentos innovadores 132
Monk, G. 129, 132, 140, 173, 177
Montes, J. 169
Moore, M. 143, 167
Morss, J. 140, 141, 171, 175
Motivación 135, 158
Motivos 26, 29, 76
Muerte 13, 18, 19, 20, 45, 88, 94, 99
Mundo real 26
Mundo social 33, 44, 45, 78, 85, 90, 119
Murray, D. 100, 170

Narrativa 8, 13, 20, 55, 76, 78, 79, 94, 112, 129, 131, 132, 133, 134, 140, 142, 152, 157, 161
Narrativa dominante 55
Necesidades 18, 30, 33, 53, 69, 70, 147
Negativo 53, 77, 79, 96
Neimeyer, G. 6, 13, 30, 38, 44, 45, 46, 47, 49, 56, 60, 66, 70, 71, 72, 78, 85, 87, 89, 94, 99, 100, 101, 103, 108, 112, 116, 119, 132, 142, 143, 144, 145, 146, 154, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177
Neisser, U. 29, 175

Neurociencia cognitiva 128
Norcross, J. 145, 175

Objetivismo 51
Objetivos 8, 27, 38, 84, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 119, 122, 145
Objetivos del proceso 110
Opresión 59
Orientación más externa 56

Palmer, P. 132, 175
Pánico 17, 20, 52, 53, 158
Parker, I. 132, 143, 175
Pena 19, 72, 76, 99
Personalidad 43, 44, 45, 48, 49, 62, 75, 91
Phillip, D. 56, 173
Piaget, J. 29
Pluralismo 146
Poemas 103
Poético 104, 105
Polanyi, M. 88, 91, 175
Posición 8, 17, 31, 35, 67, 89, 95, 103, 113, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 158, 159, 160
Posición antisíntoma 122, 124, 158
Posición prosíntoma (PPS) 8, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 158, 159, 160
Postmodernismo 27, 37, 38
Práctica integradora 9, 145, 147, 149, 151, 153, 155
Prácticas basadas en evidencias 165
Presencia 13, 20, 88, 91, 93, 100, 107, 130, 132
Principios 12, 30, 87, 88, 145, 146, 164
Problemas alimenticios 140, 141
Procedimientos 12, 30, 43, 44, 45, 60, 81, 85, 88, 107, 119, 124, 147, 157, 161, 164, 165
Proceso intuitivo 101
Procesos ordenadores 44
Procesos ordenadores esenciales 44
Procter, H. 13, 67, 108, 175
Proprium 43
Psicodinámica 85, 112, 164
Psicoeducación 115
Psicología cognitiva 72
Psicopatología 42, 140
Psicoterapia 11, 12, 17, 20, 25, 37, 43, 44, 49, 52, 59, 72, 89, 90, 107, 111,

115, 117, 119, 128, 135, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 161, 164, 165
Psicoterapia postmoderna 25, 52, 89, 107, 111, 161
Psicótico 137, 143
Puesta en práctica 111

Queja inicial 109

Rasgos 7, 8, 11, 12, 21, 23, 25, 45, 55, 59, 60, 62, 66, 88, 98, 139
Raskin, J. 13, 52, 60, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 175
Rastro del afecto 8, 93, 97, 104
Realidad 7, 13, 23, 26, 37, 38, 39, 41, 69, 104, 121, 123, 147, 154, 158
Reasumir 20
Recuerdo autobiográfico 29
Reestructuración cognitiva 38, 122
Reflexividad 8, 111, 113
Reflexivo 56, 89, 94
Rejillas de consecuencias 142
Relación de rol 90
Relaciones de pareja 55
Relaciones interpersonales 67
Relaciones objetales 43
Relación Yo-Ello 91
Relación Yo-Tú 91
Relato metafórico 95
Rennie, D. 111, 167, 175
Resistencia 8, 56, 71, 72, 99, 115, 116, 117, 123, 136, 146, 148, 157, 165
Resistencia psicológica 146
Retórica 105
Rice, L. 110, 170
Rito de pasaje 133
Robinson, L. 142, 175
Rogers, C. 43, 91, 176

Sacks, O. 59, 176
Saleebey, D. 140, 176
Santos, A. 132, 170
Seikkula, J. 137, 176
Semántica general 27
Sensación sentida 88, 109
Sensibilidad relacional 111
Sentimiento corporal preverbal 97
Sentimientos 53, 62, 68, 76, 77, 78, 82, 83, 95, 110, 140, 160
Sesiones supeditadas a una agenda 110

Sewell, K. 108, 176
Significado personal 21, 59, 157
Siguiente paso 89, 134
Silencio 14, 19, 64, 68, 100, 151, 158, 159
Simbolización de un nuevo significado 94
Síntoma 21, 61, 121, 122, 123, 124, 158
Sistema bio-genético 48
Sistema diádico-relacional 48
Sistema organismo-medio 47, 48
Sistema persona-entorno 59
Sistemas 7, 30, 37, 47, 48, 49, 54, 72, 85, 137, 140, 141, 142, 163
Sistema social 45
Situación inconclusa 110
Soltada 89
Spence, D. 112, 176
Stockton, L. 66, 174
Substancias antidepresivas 136

Tallman, K. 111, 120, 168
Tartamudeo 132
Técnica de rejilla 8, 71, 73
Temas emocionales 8
Temas fundamentales 62
Sincronización 99, 100
Teoría de los constructos personales 37, 72
Teorías clínicas 147
Teorías formales 147
Teóricos del yo 43
Terapia breve 30
Terapia breve de orientación profunda 121
Terapia de coherencia 107, 116, 119, 121, 122, 128, 157
Terapia de grupo 143
Terapia de pareja 124
Terapia de rol fijo 30, 108, 116, 119
Terapias cognitivo-conductuales 44, 87, 105
Terapias conductuales 146
Términos cualitativos 104
Their, P. 176
Tiempo de espejo 8, 81, 82, 83, 85
Toomey, B. 128, 169
Trabajo con la silla vacía 54
Transferencia 90, 145

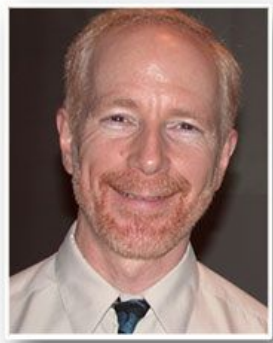
Transformación 41, 70, 85, 103, 122, 123
Trascender lo evidente 103
Trastorno bipolar 60
Trastorno psicológico 49
Trastornos intrapsíquicos 44

Vaihinger, H. 27, 176,
Valoraciones 75, 76, 77, 78
Valores 61, 66, 78
Van Dyke, J. 13
Vasco, A. 56, 176
Verdad 26, 38, 65, 105, 112, 122, 125, 127
Verdad emocional 112, 122, 125
Vico, G. 26
Víctimas de incesto 143
Vincent, N. 56, 176
Vínculo de la palabra 97
Viney, L. 142, 143, 176
Vivir en la frontera 34, 35
Voz 20, 55, 71, 82, 111, 125, 140, 151, 159

Wachtel, P. 146, 176
Wampold, B. 141, 173
Watson, J. 96
Watson, S 91, 98, 105, 170, 177,
Weber, C. 72, 176
Whitaker, C. 145, 177
White, M. 13, 55, 116, 129, 131, 133, 134, 140, 169, 177
Williams, D. 85, 87, 172, 177
Winslade, J. 129, 132, 140, 173, 177
Winter, D. 13, 57, 85, 91, 98, 105, 119, 142, 143, 175, 176, 177

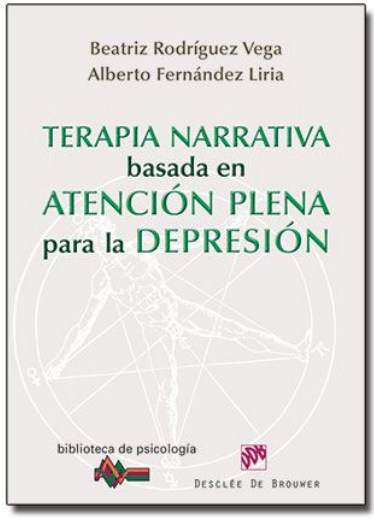
Yo dialógico 45

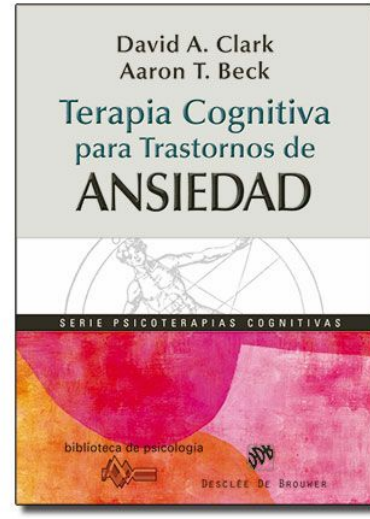
Acerca de los autores

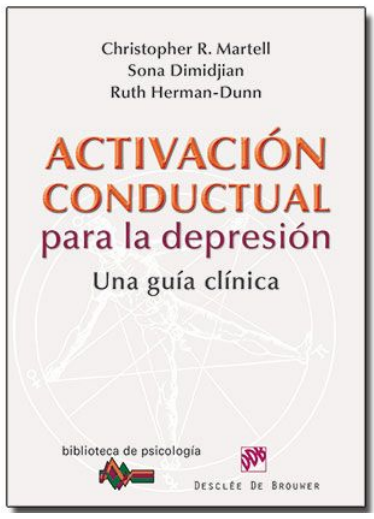


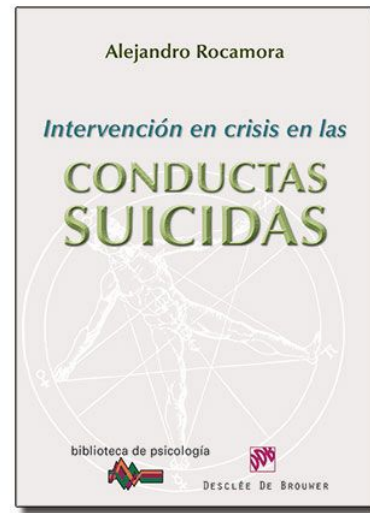
Robert A. Neimeyer es profesor del departamento de psicología de la University of Memphis y editor del Journal of Constructivist Psychology. También tiene consulta privada en Memphis (Tennessee).

Otros libros

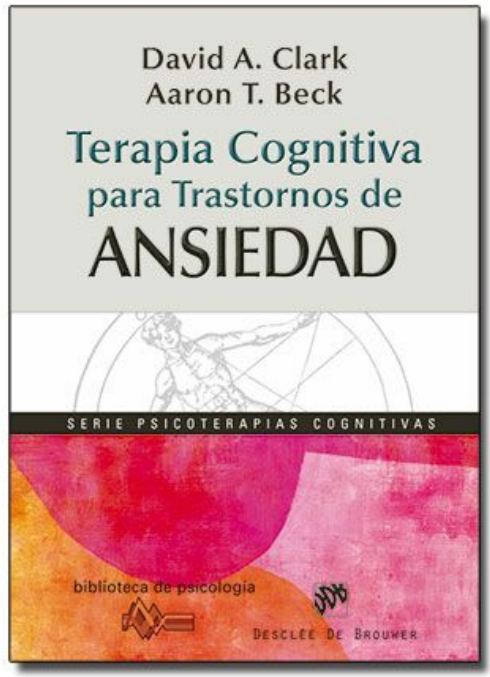








Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edesclee.com



Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad

David A. Clark - Aaron T. Beck

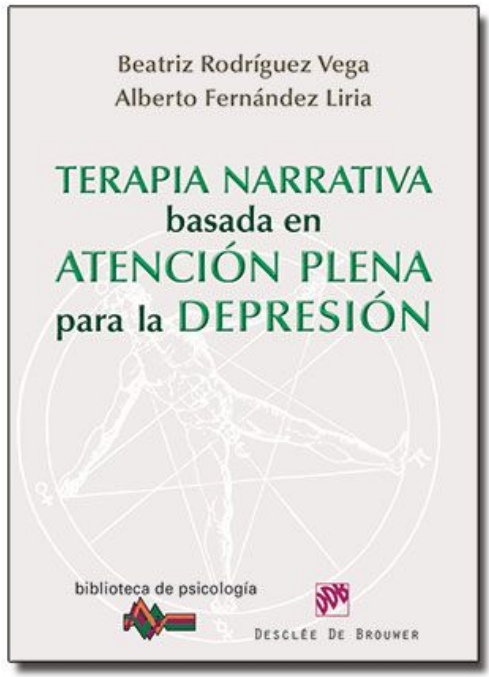
ISBN: 978-84-330-3620-9

www.ebooks.edesclee.com

Durante las dos últimas décadas hemos presenciado un tremendo progreso en el conocimiento y tratamiento de los **trastornos de ansiedad**. Los enfoques derivados de la terapia cognitiva, particularmente, han logrado una base sustancial de apoyo empírico. En el presente libro, escrito por una autoridad contemporánea David A. Clark y por el pionero de la terapia cognitiva Aaron T. Beck, se sintetizan los últimos avances logrados en el campo y se presentan pautas actuales de práctica terapéutica basadas en los hallazgos más recientes. Otras características que hacen recomendable y manejable el libro son las síntesis, a modo de pequeños manuales, de los cinco principales trastornos de ansiedad, los aspectos clínicos concisos, los casos presentados con todo detalle y más de treinta cuestionarios y

formularios que pueden emplearse en la práctica.

En la Primera parte se actualiza y reformula el influyente modelo de los trastornos de ansiedad que Beck y sus colaboradores propusieron en 1985. Los autores aclaran las múltiples facetas de la ansiedad maladaptativa y del papel que desempeña la cognición en su desarrollo y mantenimiento. Sucintamente se revisan cientos de estudios empíricos que examinan las hipótesis del modelo. Sobre esta base se asienta la Segunda parte, la cual detalla las principales estrategias clínicas cuyo alcance es transdiagnóstico -efectivo y relevante para cualquier tipo de presentación de los síntomas de ansiedad. En esta parte se describen, paso a paso, el modo de dirigir la valoración, de formular los casos individuales y de implementar la reestructuración cognitiva y las intervenciones conductuales. La Tercera parte se destina más específicamente a los trastornos más prevalentes: el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Los datos específicos de cada trastorno, las conceptualizaciones y los protocolos de tratamiento ofrecen al terapeuta recursos de gran valor para poder satisfacer las necesidades de cada paciente. La combinación de la profundidad académica con la inclusividad de la utilidad práctica convierte, este libro en una referencia esencial para los profesionales de la salud mental y para los investigadores de todas las áreas. Es una obra de incalculable valor para seminarios y cursos de psicología clínica, psiquiatría, psicoterapia y asistencia social.



Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión

Una forma de prevenir la corrupción en los gobiernos y administraciones públicas

Beatriz Rodríguez Vega - Alberto Fernández Liria

ISBN: 978-84-330-3603-2

www.ebooks.edesclee.com

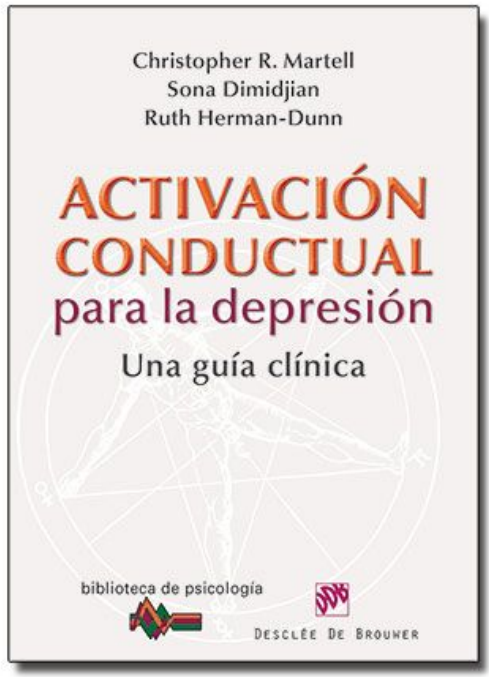
Los seres humanos construimos sentido y significado a través de las historias que nos contamos a nosotros mismos o a otros sobre nuestra experiencia. En la **Terapia Narrativa Basada en Atención Plena**, entendemos el proceso terapéutico como una conversación entre terapeuta y paciente que facilita la evolución de los significados narrativos. Para el caso de la depresión, esos significados están construidos en torno a la pérdida y la autodesvalorización.

Terapeuta y paciente conversan desde la narrativa inicial del paciente

sobre el argumento dominante de su historia. Y lo hacen desde diferentes perspectivas.

Desde una perspectiva de primera persona, trabajando con las emociones o las sensaciones corporales, la valoración biográfica o el autodiálogo interno. Desde una perspectiva de segunda persona, cuando lo que trae el consultante es un duelo, una descalificación en las relaciones o algo que tiene que ver con la relación terapéutica. Y desde una perspectiva de tercera persona cuando lo que el paciente trae es una historia de sufrimiento anclada en las metanarrativas sociales o culturales dominantes que sostienen la desvalorización de la persona.

La terapeuta ayuda a desarrollar ese trabajo con una actitud personal basada en la atención plena y entrena simultáneamente al consultante en esa misma actitud. De esa forma la consultante puede ir contactando con su intención de traer la atención a la experiencia presente, con aceptación libre de reacciones y de críticas, de aquello que surja.



Activación conductual para la depresión

Una guía clínica

Christopher Martell - Sona Dimidjian - Ruth Hernan-Dunn

ISBN: 978-84-330-2621-7

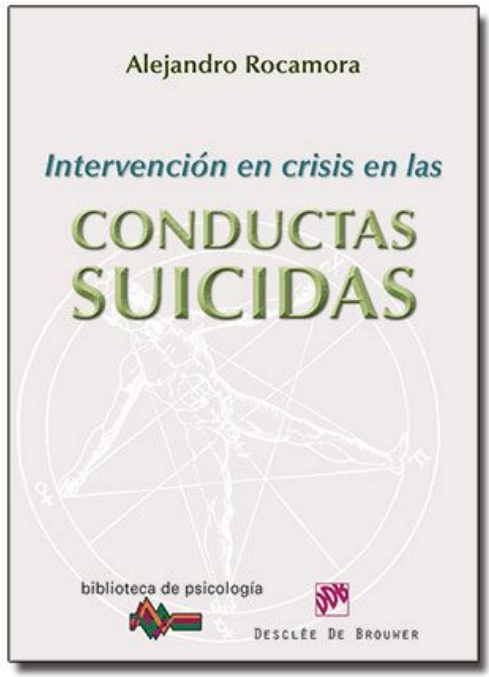
www.edesclee.com

Escrito por destacados expertos en investigación y práctica clínica de la activación conductual (AC), este libro presenta **un enfoque empíricamente probado** para ayudar a los clientes a **superar la depresión** mediante una actitud activa y un compromiso con sus propias vidas. La AC es tratamiento sencillo y autónomo cuyos principios pueden ser integrados fácilmente en otros enfoques que ya son utilizados por los terapeutas. Con directrices claras, detalladas ilustraciones clínicas y útiles materiales fotocopiables, el libro contiene todo lo necesario para empezar a poner en práctica la AC en clientes con depresión. Después de una visión general de carácter introductorio, los autores describen los diez principios esenciales de la

AC, cómo está estructurada la terapia, y el estilo general de un terapeuta de AC. Las sesiones de AC están orientadas a la acción y centradas en la resolución de problemas. Los procedimientos están descritos para identificar los objetivos del tratamiento individualizado, monitorizar y programar actividades antidepresivas -experiencias que probablemente van a ser gratificantes y agradables- y reducir la evasión y el pensamiento rumiativo. También se explican de manera detallada la resolución de problemas y las estrategias para la prevención de recaídas.

A lo largo de todos los capítulos aparece un caso a modo de ejemplo, dando así vida al proceso de la AC mediante una joven que lucha contra la depresión, contra el aislamiento social y contra los desafíos del empleo. Numerosos ejemplos más breves y diálogos de muestra sirven para aclarar técnicas especiales y cuestiones clínicas. El libro presenta más de veinte formularios de planificación de actividades, fichas de trabajo y otros materiales que pueden ser fotocopiados por quienes compren el libro.

Este libro tan práctico y accesible ofrece inestimables herramientas para los psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos, counsellors y otros profesionales de la salud mental. Ocupará un lugar especial como texto suplementario en los cursos universitarios.



Intervención en crisis en las conductas suicidas

Alejandro Rocamora

ISBN: 978-84-330-2562-3

www.edesclee.com

La OMS (2000a) afirma que **el suicidio no es en sí una enfermedad**, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio. En este mismo documento la OMS estima que el riesgo de suicidio en personas con trastorno del humor (principalmente depresión) es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia 4-10%. Así mismo señala que alrededor de un 80%-90% de los suicidios consumados lo realizan personas que padecían un trastorno psiquiátrico. Es por esto que en este libro dividimos los comportamientos suicidas en dos grandes bloques: aquellos que no se ha comprobado la existencia de una psicopatología anterior (suicidio y salud mental) y los que tienen como base un trastorno

mental (suicidio y psiquiatría).

El presente texto está impregnado de tres ideas fundamentales: *intervención en crisis, conductas suicidas y estrategias terapéuticas*, atravesado por otros tres conceptos básicos: la vulnerabilidad del consultante, la importancia de que el terapeuta tenga muy en cuenta en su intervención los factores protectores (no solamente los de riesgo) y la importancia de una intervención inmediata como forma de superar la crisis (aquí toman gran relevancia los Teléfonos de Urgencia dedicados a la atención de esta problemática). La representación gráfica del contenido de este libro, pues, es una estrella de seis puntas.

Todo el libro está impregnado de un deseo: ayudar a encontrar una salida sana a la persona que en alguna encrucijada de su vida ha contemplado el suicidio como la única solución. Y por esto nuestra preocupación por intentar comprender la compleja vivencia suicida y aportar las herramientas necesarias para que el terapeuta pueda realizar esa tarea.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joceph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. El Proceso Radical De Cambio, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.

34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfìeld y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M.

Stith, M. B. Williams y K. Rosen.

58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFICTOS, por Thomas J. D ´Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.

81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por Mª Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.

104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.

124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. terapia sistémica de pareja y depresión, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOlogía y pSiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. tratamientos combinados de los trastornos mentales. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. Trastornos delirantes en la vejez, por Miguel Krassoievitch.
135. Eficacia de las terapias en salud mental, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterpia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAs COGNITIVAs, por Isabel Caro Gabalda.
143. tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).

145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La "obra magna" inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL Y EL TRATAMIENTO DE LA TRAUMATIZACIÓN CRÓNICA, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. HABILIDADES PSICOLÓGICAS EN LAS PROFESIONES DE SOCORRO Y EMERGENCIA, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.

165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por Mª Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.
172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.
173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por Mª Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).
174. LA COMPARTICIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES, por Bernard Rimé.
175. PSICOLOGÍA. Individuo y medio social, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
176. TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN, por Beatriz Rodríguez Vega – Alberto Fernández Liria
177. MANUAL DE PSICOÉTICA. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, por Omar França
178. GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR. Para terapeutas, supervisores y consultores, por Andrew M. Leeds, Ph.d
179. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS, por Alejandro Rocamora Bonilla.
180. EL SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA, por Lenore E. A. Walker y asociados a la investigación.

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.
181. PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA. Rasgos distintivos, por Robert A. Neimeyer.